Hermanas Hospitalarias

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS

MONOGRÁFICO

IV Jornadas de Patología Dual

¿Red o redes?
De la conexión a la integración

Sant Boi de Llobregat, octubre de 2012

Núm. 215 1.er trimestre 2014

Informaciones Psiquiátricas

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

DIRECTOR

Dr. Josep Treserra Torres

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Dr. J. A. Larraz Romeo

Dr. Carlos Linares del Río

Dr. M. Martín Carrasco

Dr. J. I. Quemada Ubis

Dr. F. del Olmo Romero-Nieva

JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. Cebamanos Martín

CONSEJO DE REDACCIÓN

Sr. J. M. García Fernández

Prof. C. Gómez-Restrepo

Dr. J. Orrit Clotet

Dr. P. Padilla Mendívil

Dr. P. Roy Millán

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. Álvarez Martínez

Prof. Dr. Arango López

Prof. Dr. J. L. Ayuso Mateo

Prof. Dr. A. Bulbena Vilarrasa

Prof. Dr. J. L. Carrasco Parera

Prof. Dr. M. Casas Brugue

Prof.ª Dra. M.ª Paz García Portilla

Prof. Dr. J. L. González Rivera

Prof. Dr. J. Guimón Ugartechea

Dr. M. Gutiérrez Fraile

Prof. Dr. P. McKenna

Dr. I. Madariaga Zamalloa

Dr. M. Martínez Rodríguez

Prof. Dr. L. Ortega Monasterio

Prof. Dr. J. Sáiz Ruiz

Prof. Dr. L. Salvador Carulla

Dr. J. Tizón García

Prof. Dr. M. Valdés Miyar

Dr. E. Vieta Pascual

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: http://www.icmje.org

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Teresa López Beorlegui

BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL
Dr. Pujadas, 38 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68
e-mail: inf-psiquiatricas@hospitalbenitomenni.org / http://www.hospitalarias.org

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICODOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

Depósito Legal. B. 675-58 / ISSN 0210-7279 / EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Informaciones Psiquiátricas

N.º 215 / 1.er trimestre 2014

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: http://www.icmje.org

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los trabajos serán clasificados de acuerdo con las secciones de que consta la Revista y que son las siguientes: Originales, Revisiones de Conjunto, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, calle Doctor Antoni Pujadas, n.º 38, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
4. Los trabajos deberán presentarse en disquete, utilizando el programa Word 97 e impresos en folios numerados escritos a doble espacio por una sola cara.
5. En la primera página deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
   - Título del trabajo.
   - Filiación completa del autor principal y coautores.
   - Teléfono/s de contacto y correo electrónico.
   - Centro donde se realizó el estudio.
   - Cargo o cargos del autor o autores en el citado centro de trabajo.
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.
   En el caso de los trabajos originales de investigación, la estructura del texto deberá contar con los siguientes apartados y por el orden que se citan:
   - Introducción.
   - Material y Métodos.
   - Resultados.
   - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
   a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
   b) Las citas de artículos de **revistas** se efectuarán de la siguiente manera:
   - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
   - Título del trabajo en su lengua original.
   - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
   - Año, número de volumen: página inicial-página final.

   Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1989;46(10):922-8.

   c) Las citas de **libros** comprenderán por el siguiente orden:
   - Apellidos e iniciales de los nombres de los autores en mayúsculas.
   - En: Título original del libro.
   - Apellidos e inicial de los (ed).
   - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final.

   Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.
    El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.
    Una vez publicado el trabajo, el primer autor recibirá 20 separatas, totalmente gratuitas.

ÍNDICE

7 PRÓLOGO
JOSEP SOLÉ PUIG

I Conferencia inaugural

13 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN, ACCIONES REALIZADAS Y RETOS DE FUTURO
CRISTINA MOLINA

II El rol conector de la patología dual

33 LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE DROGODEPENDIENTES: ¿IMPRESCINDIBLE EN LA RED DE ATENCIÓN A CONSUMIDORES DE DROGAS?
MERCÈ CERVANTES

45 TRASTORNO MENTAL GRAVE E INTEGRACIÓN DE REDES
OLGA CHAPINAL

63 UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL Y CAS BENITO MENNI: ENSEÑANZAS TRAS DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA
JOSEP SOLÉ PUIG

III Patología dual: reflexiones, propuestas y perspectivas desde la atención ambulatoria especializada

75 REFLEXIONES SOBRE LA ARTICULACIÓN ENTRE EL AMBULATORIO DE ADICCIONES Y EL DE SALUD MENTAL
MIQUEL DEL RÍO

87 ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS DESDE LA RED INFANTOJUVENIL: CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL Y HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES
ESTHER URPINAS VILA

97 PATOLOGÍA DUAL Y HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES
MERCÈ GIBERT CLOLS

101 PROGRAMA JOVEN DE PATOLOGÍA DUAL DEL DISTRITO BARCELONÉS DE LES CORTS
MAITE SAN EMETERIO Y CAROLINA FRANCO

115 ¿QUÉ HAY QUE PRESERVAR DE LA RED DE DROGAS? LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN CATALUÑA: DE LA PATOLOGÍA DUAL A LA INTEGRACIÓN DE REDES
ENRIC BATLLE

125 REFLEXIONES DESDE UN PARADIGMA TERRITORIAL: EL AMBULATORIO DE ADICCIONES UBICADO EN HOSPITAL GENERAL
EULÀLIA SABATER I PUIG

147 REDES, COORDINACIÓN E INVESTIGACIÓN
JOSÉ M.ª VÁZQUEZ VÁZQUEZ

IV Patología dual en Comunidades Terapéuticas y Pisos de Reinserción: recursos y retos

161 EVOLUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA
LLUÍS MAESTRE I FUNTANÉ

173 PATOLOGÍA DUAL Y COMUNIDADES TERAPÉUTICAS
JORDI MORILLO

189 METODOLOGÍA DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL
JOAN-ARTUR SALES

197 LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA EN PATOLOGÍA DUAL
PERE MARTÍ HERNÀNDEZ

207 ABRIÉNDONOS A LA DIFERENCIA
MANU IZQUIERDO

215 PISOS DE REINSERCIÓN: AFRONTEMOS LA REALIDAD
MARIE-ANNE AIMÉE

223 CINCO AÑOS DE TRABAJO DE REDES COMPARTIDO: CENTRE CATALÀ DE SOLIDARITAT - SAN JUAN DE DIOS
LLUÍS GATIUS

V Epílogo: el Manifiesto de las Jornadas de Patología Dual, un proceso en marcha

231 MANIFIESTO DE LAS IV JORNADAS DE PATOLOGÍA DUAL
PONENTES Y MODERADORES DE LAS IV JORNADAS DE PATOLOGÍA DUAL

235 SIGNATARIOS

239 GLOSARIO DE SIGLAS

PRÓLOGO

JOSEP SOLÉ PUIG
Presidente de las Jornadas de Patología Dual y editor del monográfico.

Precisamente ahora que la recesión económica ha oscurecido el horizonte y que es palpable una falta de recursos que puede comprometer seriamente el futuro de nuestro sector, tenemos que valorar más que nunca lo ya alcanzado con el esfuerzo de todos y especialmente debatir a dónde quisiéramos llegar y qué queremos alcanzar, arrostrando los consabidos obstáculos. Y ello por el bien de nuestros pacientes y, por qué no decirlo, por la dignidad de nuestro trabajo cotidiano.

Con el propósito de reflexionar y debatir sobre ello se celebraron el 18 y 19 de octubre de 2012 las ***IV Jornadas de Patología Dual*** de Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental, en Sant Boi de Llobregat (Barcelona), con un título explícito: *¿Red o redes? De la conexión a la integración.*

Estas IV Jornadas de Patología Dual recogieron, en primer lugar, las conclusiones e inquietudes surgidas en las diferentes reuniones científicas que desde hace años vienen promoviendo los dispositivos especializados en adicciones, es decir, los ambulatorios de atención y seguimiento de drogodependencias, los centros residenciales que se conocen como comunidades terapéuticas o pisos de reinserción, y las unidades hospitalarias de patología dual o de desintoxicación. En segundo lugar, y más importante aún, los asistentes tuvieron la oportunidad de compartir qué hitos de coordinación, e incluso integración, son los deseables o, cuando me-

nos, los factibles, con anticipación de las dificultades que sin duda van a complicar el camino. Y en tercer lugar, las IV Jornadas de Patología Dual se convirtieron en insospechada plataforma de iniciativas catapultadas hacia el futuro. Volveremos a ello al término de este prólogo.

Las IV Jornadas de Patología Dual ofrecieron una síntesis actualizada de nuestro ámbito, la atención a las drogodependencias, pero sobre todo una visión crítica de la situación en que nos hallamos y cómo hay que encarar el futuro de las redes de atención sanitaria y social existentes. Está claro que la interconexión existe y que en el día a día nos esforzamos en coordinarnos. Pero todavía no podemos decir que estemos trabajando en una misma red, por lo menos en Cataluña y en otras comunidades autónomas de España en las que persiste la dualidad entre atención a salud mental y atención a adicciones. Por eso fue importante que las IV Jornadas de Patología Dual dieran la oportunidad para una reflexión conjunta por parte de los profesionales de las (aún) diferentes redes: ambulatorios de atención a adicciones, ambulatorios de atención a salud mental de adultos, ambulatorios de atención a salud mental infantojuvenil, unidades hospitalarias de desintoxicación, unidades hospitalarias de patología dual, hospitalización de salud mental de agudos y de rehabilitación psiquiátrica (subagudos, larga estancia), así como las comunidades terapéuticas como centros residenciales en el medio rural y los pisos de reinserción como centros residenciales en el medio urbano, y los centros de día como servicios de rehabilitación comunitaria para drogodependencias.

Precisamente los tres últimos —comunidades terapéuticas, pisos de reinserción y centros de día para drogodependencias— tuvieron justo protagonismo. Y esto marcó la diferencia, porque han sido dispositivos relativamente poco visibles en el sector. Parece que la celebración de las IV Jornadas de Patología Dual ha marcado un antes y un después en este sentido. Se hace insoslayable tenerlos bien presentes, porque a pesar de

que a menudo se hallan sometidos a no pocas contradicciones entre las administraciones públicas de sanidad y de bienestar social, su participación en la recuperación de los enfermos es de una importancia fundamental. En las IV Jornadas estuvieron representados estos y otros importantes recursos, por supuesto, aunque no en grado suficiente los de salud mental. Esto, que en sí es paradójico y que lamentablemente se viene repitiendo en foros y reuniones, obedece al distanciamiento —¿o estigma?— con que en ambulatorios y hospitales psiquiátricos todavía parecen percibirse las adicciones. En este clima de crítica y afán de superación que animó las Jornadas, se habló con franqueza de las fricciones entre redes y de las inquietudes que ello puede plantear, se asistió a la discusión sobre si se aprovecha a fondo el papel de interconexión entre redes de las unidades hospitalarias de patología dual, o sobre la relación entre los ambulatorios de atención a adicciones y los de atención a salud mental infantojuvenil. Se pudo comprobar que, pese a los progresos y esfuerzos efectuados, todavía son escasos los ejemplos de integración o incluso coordinación entre dispositivos, es decir, que entre las redes de atención implicadas aún no se ha alcanzado una convergencia real, lo que en la práctica se traduce en desencuentros a la hora de compartir enfermos.

Con voluntad de superar la fragmentación detectada y sobre todo de afrontar conjuntamente el futuro inmediato, las IV Jornadas de Patología Dual quisieron ser una oportunidad para profundizar en los retos a los que ya nos vemos abocados. Parece que lo consiguieron. El entusiasmo desplegado por cuantos asistentes acudieron a las Jornadas se plasmó en un resultado insólito: la redacción consensuada de un Manifiesto y la confección de una agenda de reuniones con figuras clave de la administración autonómica destinadas a estimular avances concretos en la coordinación entre redes. En el momento que sale publicado este monográfico de *Informaciones Psiquiátricas,* un núcleo de ponentes y moderadores de las Jornadas —entre los que se hallan los máximos responsables en Cataluña de las respec-

tivas **Coordinadoras** de los ambulatorios de atención a drogodependencias y de las comunidades terapéuticas, pisos de reinserción y centros de día para drogodependencias— se halla inmerso en un nutrido programa de reuniones de trabajo entre dichos órganos de base y la administración autonómica. Los primeros resultados de este proceso no deberían tardar en producirse. Todos tenemos claro que la meta es la integración funcional, efectiva, entre redes asistenciales. Y el camino es avanzar en cada una de las coordinaciones que ya se hacen y, sobre todo, en las que faltan por hacer.

Finalmente, no queda más que expresar el más caluroso agradecimiento a todos los asistentes a las IV Jornadas de Patología Dual, en especial a ponentes y moderadores, a quienes es oportuno enumerar: Marie-Anne Aimée, Enric Batlle, Jordi Bordas, Mercè Cervantes, Olga Chapinal, Miquel del Río, Lluís Gatius, Mercè Gibert, Manuel Izquierdo, Pere Martí, Víctor Martí, Lluís Maestre, Jordi Morillo, Eulàlia Sabater, Joan-Artur Sales, Maite San Emeterio, Maite Tudela, Esther Urpinas, Javier Valls y José M.ª Vázquez. Agradecemos especialmente a Cristina Molina, artífice del plan director catalán de salud mental y adicciones, su conferencia inaugural, que aporta una visión analítica y omnicomprensiva de la situación. Y por supuesto, nuestras más efusivas gracias a los autores que con la redacción de sus presentaciones han hecho posible este número monográfico de *Informaciones Psiquiátricas*.

Solo resta señalar que como epílogo del monográfico se incluye el Manifiesto surgido de las IV Jornadas de Patología Dual, todavía un proceso en marcha cuando ve la luz el presente monográfico.

I

CONFERENCIA INAUGURAL

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN, ACCIONES REALIZADAS Y RETOS DE FUTURO

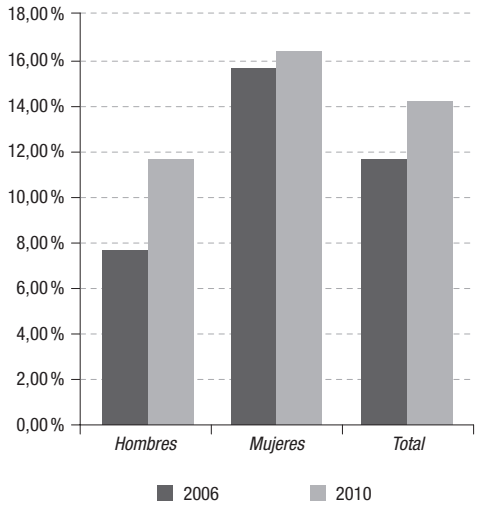
CRISTINA MOLINA
Directora del Pla Director de salut mental i addiccions. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

A fin de analizar la situación actual vale la pena mostrar una serie de datos. En primer lugar vamos a centrarnos en el estado de salud de la población catalana mayor de 15 años. En abscisas del gráfico I se ve la posibilidad de sufrir un trastorno mental en dicha población, pudiéndose comparar los años 2006 y 2010.

GRÁFICO I

Probabilidad de sufrir un trastorno mental en la población de 15 años o más



Fuente: ESCA.

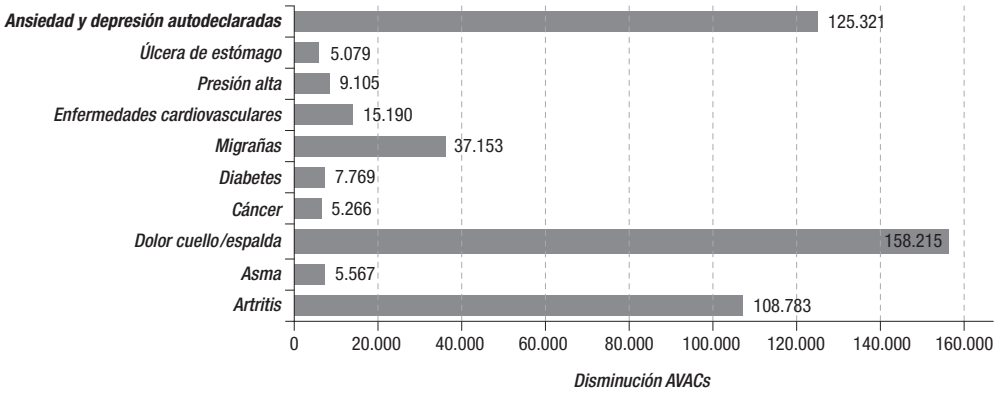
En el gráfico II puede visualizarse la carga que suponen distintas enfermedades en términos de disminución de años de vida activa en población adulta. Se comparan, de mayor a menor carga, dolores de cuello o espalda, ansiedad y depresión autodeclaradas, artritis, migrañas, enfermedades cardiovasculares, presión alta, diabetes, asma, cáncer y úlcera de estómago.

En el gráfico III se muestra la probabilidad de sufrir un trastorno mental en población de 4 a 14 años, segmentando en tres grupos de edad: de 4 a 7 años, de 8 a 11 y de 12 a 14 años de edad. Véase que:

- Un **6,8 %** de los niños y adolescentes entre 4 y 14 años padecen algún trastorno mental en un año.
- Los **niños** varones presentan una **probabilidad superior** de sufrir un trastorno mental que las niñas. En general,

GRÁFICO II

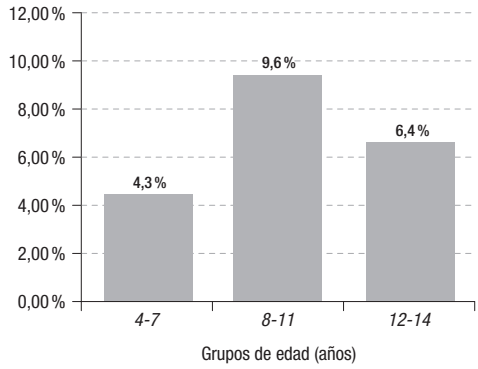
Carga de la enfermedad. Trastornos de ansiedad/depresión (autodeclarados) vs. otras condiciones crónicas - Pérdida de AVACs poblacional (no considerando pérdidas por mortalidad)



Fuente: Estudio «Coste y carga de la depresión de Cataluña».

GRÁFICO III

Probabilidad de sufrir un trastorno mental en la población de 4 a 14 años



Fuente: ESCA 2006.

el grupo de edad de 8 a 11 años presenta una mayor probabilidad.

– La probabilidad de que los niños aquejen un trastorno mental **aumenta** de manera importante **según la clase social**. Los niños que viven en los grupos más desfavorecidos tienen una probabilidad cinco veces superior a sufrir trastorno mental: 11,1 % los más pobres versus 1,8 % los más ricos.

De ahí la importancia de las políticas de prevención ya desde la infancia.

Después de haber visto someramente la incidencia de los trastornos mentales y, dentro de ellos, los más prevalentes (ansiedad y depresión) en toda la población catalana, tanto adulta como infantojuvenil, el gráfico IV pasa a centrarse en el consumo de sustancias; en este caso, de alcohol.

Así, en población de 15 y más años de edad:

– El 4,7 % protagoniza un consumo de alcohol de riesgo.

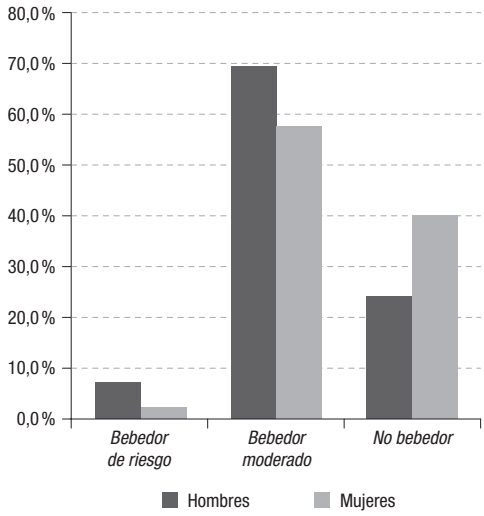
– El 63,4 % de la población bebe con moderación.

Es bien conocido el hecho según el cual las mujeres beben menos alcohol y son más las no bebedoras que los no bebedores.

El gráfico V resulta ciertamente interesante porque muestra el consumo de al-

GRÁFICO IV

Consumo de alcohol en la población de 15 años o más por sexo (Cataluña, 2011)



Fuente: ESCA 2011.

cohol en población mayor de 15 años a lo largo de la vida, según siete grupos de edad y sexo.

Véase cómo:

– La prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol es superior en los varones de todas las edades.

– Las prevalencias de bebedores de riesgo de alcohol más elevadas en ambos sexos se encuentran en el grupo de adultos jóvenes.

En el gráfico VI se puede ver, en esta misma población mayor de 15 años de edad, cómo incide la clase social en el consumo de riesgo de alcohol.

Se infiere lo siguiente:

– El consumo de riesgo de alcohol es más elevado entre las mujeres de la clase social más favorecida, mientras que los varones de clase media presen-

GRÁFICO V

Consumo de riesgo de alcohol en la población de 15 años o más por grupo de edad y sexo (Cataluña, 2011)

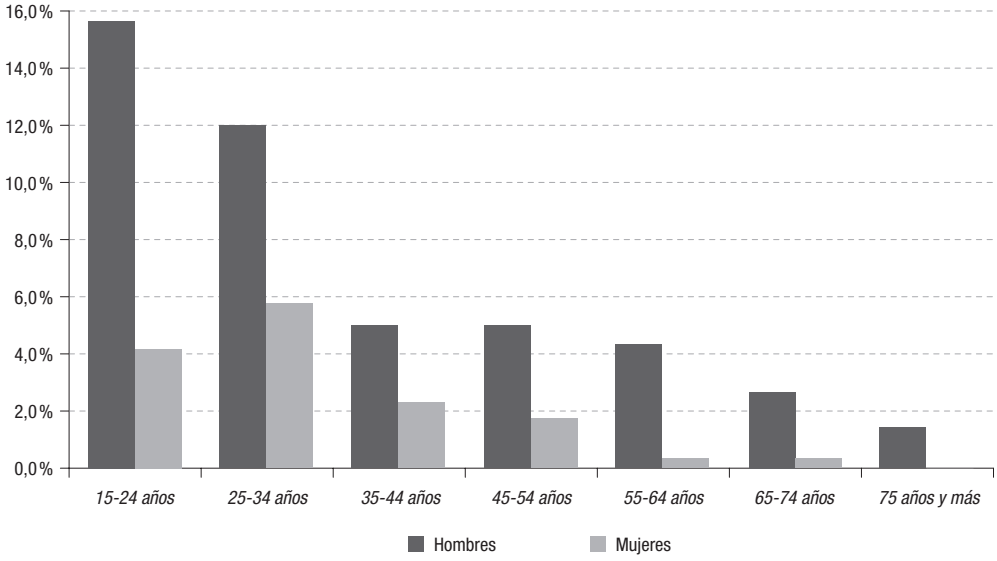
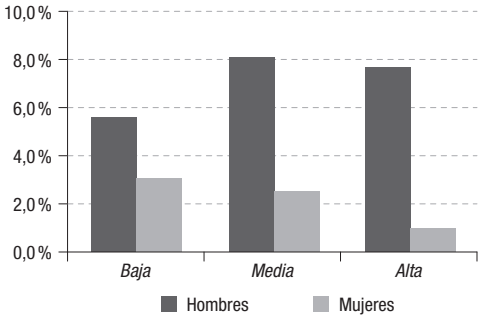


GRÁFICO VI

Consumo de riesgo de alcohol en la población de 15 años o más por clase social y sexo (Cataluña, 2011)



Fuente: ESCA 2011.

tan una proporción más elevada de bebedores de riesgo de alcohol.

– Según los niveles de estudios, las mujeres con estudios universitarios y los hombres con estudios secundarios presentan la proporción más elevada de consumo de riesgo de alcohol.

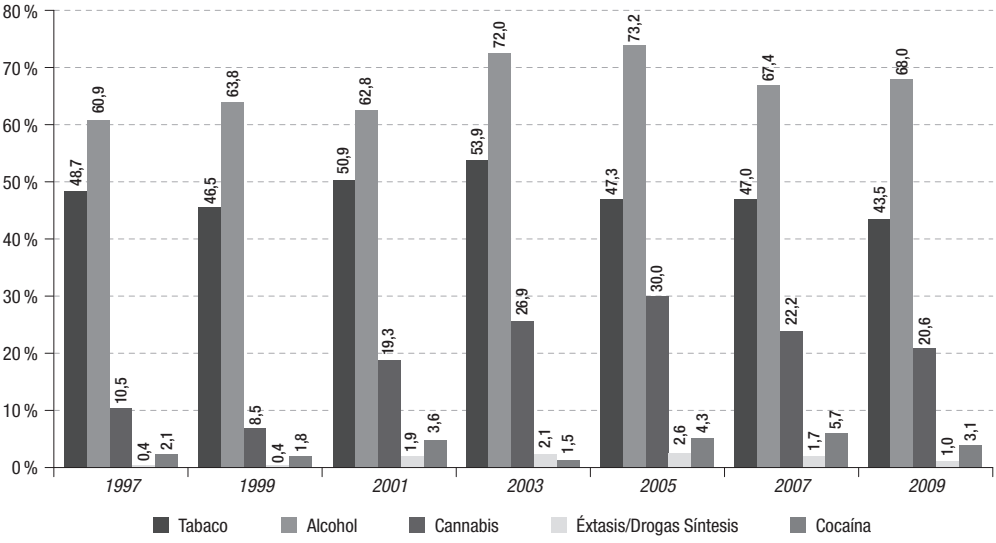
En el gráfico VII se representa la prevalencia del consumo de drogas —tabaco, alcohol, cannabis, éxtasis o drogas de síntesis y cocaína— en los jóvenes catalanes de 15 a 29 años: alguna vez en los últimos 30 días.

Complementariamente, y para este mismo grupo de edad, en la tabla I se muestran indicadores de consumo de alcohol, cannabis y cocaína en 2003 y 2009, con la tendencia respectiva que se puede inferir.

Seguidamente se muestran datos sobre suicidios consumados. En el gráfico VIII se ilustra la prevalencia de la mortalidad por suicidio desde 1999 a 2010 en tasas por 100.000 habitantes, y en el gráfico IX puede verse la distribución del número de suicidios consumados en el año 2010 según nueve grupos de edad y por sexos.

GRÁFICO VII

Prevalencia de consumo de drogas entre los jóvenes de 15 a 29 años. Alguna vez en los últimos 30 días



Fuente: Encuestas domiciliarias. Subdirección General de Drogodependencias y PNSD.

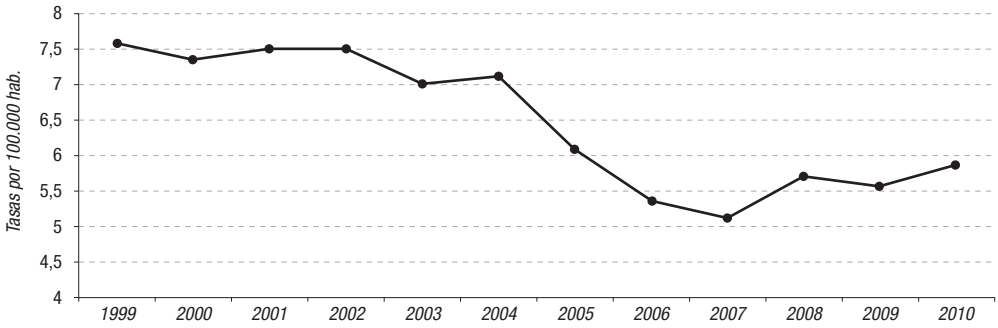
TABLA I

Indicadores de consumo de alcohol, cannabis y cocaína en 2003 y 2009

Indicadores	2003	2009	Tendencia
Consumo de alcohol (15-29 años)	72	68	Disminución
Consumo de cannabis (15-29 años)	20,6	26,9	Aumento
Consumo de cocaína (15-29 años)	3,1	1,5	Disminución

GRÁFICO VIII

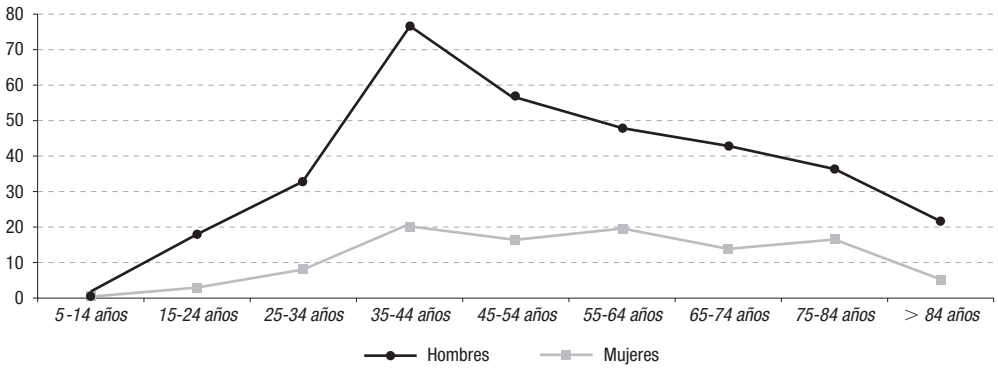
Prevalencia de la mortalidad por suicidio (1999-2010)



Fuente: Registro de mortalidad de Cataluña.

GRÁFICO IX

Número de suicidios consumados (2010)



Fuente: Registro de mortalidad de Cataluña.

Como se sabe, el alcoholismo es, junto a la depresión y la esquizofrenia, una de las tres principales causas de suicidio consumado.

La media de años perdidos de vida productiva es de 22,09 para las mujeres y 24,13 para los varones. El total es de 23,68 años perdidos de vida productiva.

TABLA II

Prevalencia en un año y la prevalencia de por vida de los trastornos mentales más frecuentes

Trastornos mentales	Prevalencia año % [IC 95 %]	Prevalencia vida % [IC 95 %]
Episodio depresivo mayor	**9,60** [8,00 - 11,19]	**29,91** [26,83 - 33,00]
Trastorno de angustia con o sin agorafobia	**7,00** [5,81 - 8,19]	**8,81** [7,52 - 10,11]
Fobia específica	**6,65** [5,03 - 8,27]	**7,05** [5,38 - 8,73]
Agorafobia sin historia de angustia	**3,48** [2,45 - 4,51]	**3,97** [2,95 - 4,99]
Dependencia / abuso de sustancias	**3,21** [2,50 - 3,93]	
Distimia	3,09 [2,20 - 3,98]	
Trastorno adaptativo (cualquiera)	2,94 [2,10 - 3,77]	
Fobia social	1,90 [1,00 - 2,81]	1,99 [1,09 - 2,88]
Trastorno bipolar	0,75 [0,43 - 1,07]	
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,62 [0,29 - 0,94]	
Cualquier trastorno alimentario	0,64 [0,34 - 0,93]	
Trastorno de ansiedad generalizada	0,14 [0,00 - 0,29]	**5,15** [3,19 - 7,10]
Cualquier trastorno mental	**29,52** [26,51 - 32,54]	**45,06** [41,55 - 48,57]

La tabla II muestra la prevalencia en un año y la prevalencia de por vida de los trastornos mentales más frecuentes. Obsérvese que el abuso y dependencia de sustancias se sitúa en tercer lugar, tras la depresión y los trastornos por ansiedad.

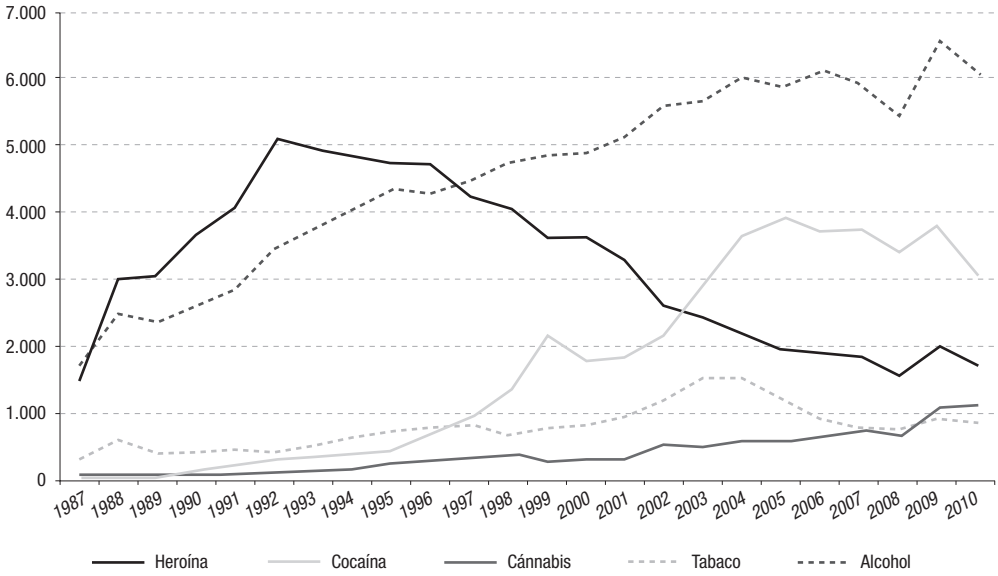
El gráfico X muestra la demanda atendida por adicciones en los distintos Centros de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias de Cataluña. Este gráfico también es de gran interés porque permite ver la evolución de los inicios del tratamiento, desde 1987 hasta 2010, según droga principal: heroína, cocaína, cannabis, tabaco y alcohol. Es evidente el declive de heroína y tabaco en los últimos años y el aumento de alcohol, cocaína y cannabis.

Los gráficos XI y XII son útiles para ilustrar la evolución de la demanda desde 1998 hasta 2011. Tanto la evolución de las altas de hospitalización psiquiátrica como la actividad (número total de visitas y de pacientes atendidos) de los Centros de Salud Mental —es decir, los ambulatorios especializados en atención psiquiátrica y psicológica de adultos— muestran que la complejidad de los casos de salud mental atendidos es creciente y que la respuesta asistencial ha de ser cada vez más intensiva.

Este gráfico, el XIII, es especialmente ilustrativo de un hecho que debiera hacernos reflexionar. Muestra que en hombres y mujeres, la prevalencia atendida en Centros de Salud Mental cae dramáticamente desde los 14 hasta los 25 años de edad.

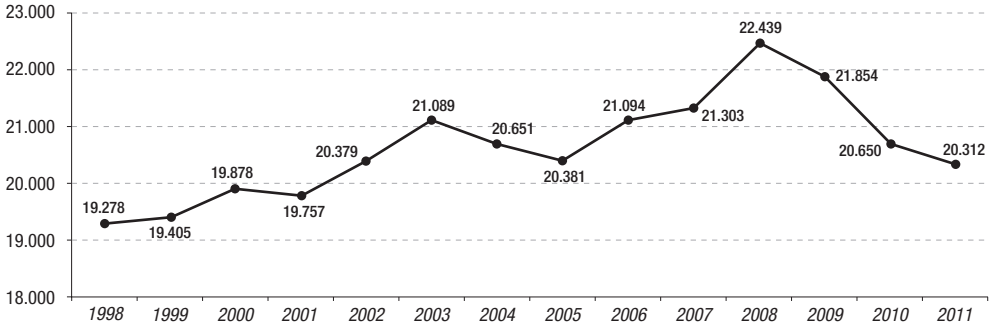
La tabla III señala los incrementos —y el único decremento—, con su respectivo diferencial, de los recursos especializados en Cataluña en la última década. De acuerdo con las directrices internaciona-

GRÁFICO X
Inicios de tratamiento según droga principal



Fuente: Subdirección General de Drogodependencias.

GRÁFICO XI
Altas de hospitalización psiquiátrica (1998-2011)



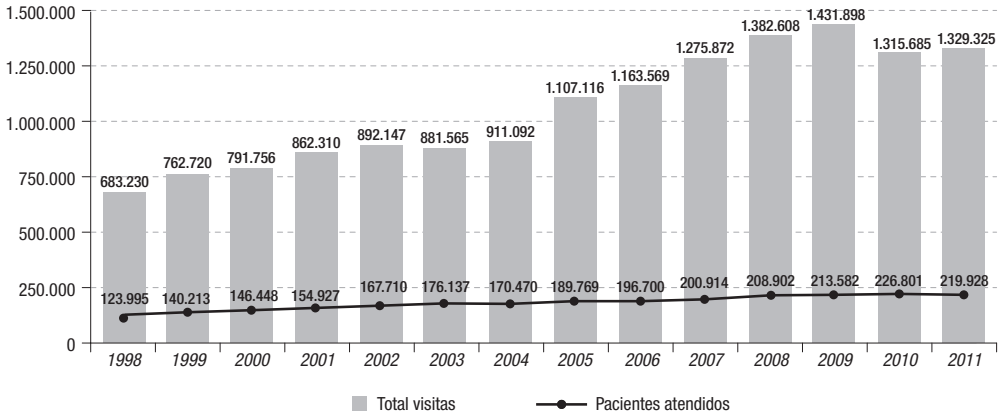
Fuente: Memoria del CatSalut.

les, se ha logrado reducir el número de camas de larga estancia y, al mismo tiempo, se ha conseguido aumentar de forma notable el número de camas para patología dual y de plazas de hospitalización parcial, tanto para adultos como para adolescentes.

En 2010, la **red** catalana **de drogodependencias,** es decir, el ámbito asistencial que gira en torno a los 64 Centros de

GRÁFICO XII

Actividades de los Centros de Salud Mental (1998-2011)



Fuente: Memoria del CatSalut.

GRÁFICO XIII

Prevalencia atendida en CSM el 2010 según edad y género

Fuente: CMBD-SM.

Atención y Seguimiento (**CAS**) de drogodependencias en Cataluña, era el siguiente: 12 espacios de calor y café con cuatro salas de consumo de drogas, cinco unidades móviles con una sala de consumo de drogas, cinco dispositivos de

TABLA III

Incrementos de los recursos especializados en Cataluña en la última década

	2003	2010	Diferencial
Centro de salud mental de adultos	68	73	7 %
Centros de salud mental infantil y juvenil	41	49	20 %
Camas de agudos	809	895	11 %
Camas de subagudos	443	570	29 %
Camas de larga estancia	***2.945***	***2.496***	***−17 %***
Plazas de hospital de día de adultos	**321**	**645**	**101 %**
Plazas de hospital de día de adolescentes	**245**	**449**	**83 %**
Plazas de centros de día	1.895	2.032	7 %
Centros de atención y seguimiento de adicciones	60	65	8 %
Camas de desintoxicación	64	64	0 %
Camas de patología dual	**45**	**110**	**144 %**
Unidad de psiquiatría penitenciaria	67	107	60 %

trabajo de calle y cuatro salas de venopunción; 10 unidades hospitalarias de desintoxicación con 60 camas; un hospital de día; seis unidades de patología dual; una unidad de crisis; 30 centros de día y programas de reinserción comunitaria, con 111 plazas de pisos; y 17 comunidades terapéuticas, con 332 plazas.

En cuanto a las **Unidades de Patología Dual,** cabe recordar que en Cataluña el número de camas se distribuye así: 12 en Gerona, 22 en Reus (Tarragona), 25 en Sagrat Cor Martorell, 20 en Benito Menni CASM, 20 en Emili Mira y 11 en Centre Fòrum, todas ellas en el área de Barcelona. El número de altas de las Unidades de Patología Dual en 2009 fueron 1.130 y en 2010, 1.196.

Como se sabe, **salud mental y adicciones** son una prioridad en los entornos internacional, europeo y español, con énfasis en políticas públicas de salud mental, promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, mejora de la capacitación de la atención primaria en salud mental, lucha contra la discriminación y la estigmatización, la atención comunitaria integral, la coordinación interdepartamental e intersectorial, la formación de los profesionales y la potenciación de la investigación y la evaluación. Es lo que se preconiza desde la Organización Mundial de la Salud —WHO Action Plan Europa, Helsinki 2005—, el Consejo Interterritorial en España —Estrategias de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, diciembre de 2006— o el *Pla Director de Salut Mental i Addiccions,* aprobado por el *Govern de la Generalitat* catalana en julio de 2006.

Al respecto, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud incluye los siguientes puntos:

- Prevenir las enfermedades mentales, el suicidio y las adicciones en la población general:

– Realizar intervenciones comunitarias en áreas de alto riesgo de exclusión social o marginalidad con la finalidad de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y las adicciones.

– Realizar intervenciones, en el marco del Plan Nacional de Drogas, con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas.

- Mejorar la calidad de vida, la equidad y la continuidad de la atención potenciando el uso de guías integrales de práctica clínica.

- Crear mecanismos de coordinación en el ámbito de las Comunidades Autónomas para garantizar la atención integrada en la problemática de las drogodependencias y la salud mental.

En este ámbito de la salud mental y las adicciones, el Sistema Nacional de Salud incluye doce Comunidades Autónomas que tienen integrada la red de drogodependencias en la red sanitaria y en la red de salud mental. En tres Comunidades Autónomas el consumo y dependencia de sustancias actúa como criterio de exclusión en las Unidades de Rehabilitación y de Larga Estancia, aunque no en las Unidades de Agudos. Es muy variable el porcentaje de psiquiatras que trabajan en los centros ambulatorios de atención a las drogodependencias. En once Comunidades Autónomas existen programas estructurados entre salud mental y drogodependencias. Ocho Comunidades Autónomas disponen de Unidades de Patología Dual.

El **Plan Director de Salud Mental y Adicciones catalán** señala objetivos y prioridades en su calidad de modelo de atención en dicho ámbito:

- Orientación de los servicios a las necesidades de los diferentes usuarios.

- El modelo de atención es más preventivo que proactivo.

- El enfoque es comunitario en los servicios y las prestaciones.

- La práctica asistencial está basada en la evidencia científica y la experiencia demostrable.

- La organización eficiente y basada en el sistema de atención integrado e integral con base territorial incluye:

  – Integración en la red sanitaria general (Atención Primaria de Salud, hospitales generales).

  – *Integración en la red de salud mental y adicciones.*

  – Continuidad asistencial basada en el trabajo de red.

La **integración** de la salud mental y las adicciones significa promover la organización funcional integrada de las redes y servicios de atención de salud mental y adicciones, es decir:

– Favorecer la gestión compartida y la proximidad física de los equipamientos.

– Flexibilizar los servicios de salud mental con el fin de atender a las personas con problemas de adicción.

– Ofrecer una cartera de servicios de salud mental y adicciones en la Atención Primaria de Salud.

– Ofrecer atención a adolescentes con problemas de consumo de sustancias en unidades integradas en el territorio, es decir, los Centros de Atención y Seguimiento a drogodependencias y los Centros de Salud Mental Infanto-juveniles.

– Elaborar guías clínicas de referencia para ambas redes.

En cuanto al **ámbito de la enseñanza,** destaca en Cataluña el programa «Salud y escuela», cuyo grado de implantación en el curso 2009-2010 fue el siguiente:

- 874 centros de ESO.
- 130.380 alumnos.
- 850 enfermeros, 586 referentes de secundaria y 150 de otros profesionales formados.
- 27.901 consultas realizadas que han dado lugar a 33.269 temas tratados.
- 10.441 actividades realizadas, 418 específicas de educación para la salud mental y 2.705 relacionadas con el consumo de sustancias.
- 3,1 % de casos derivados a los Centros de Salud Mental Infantojuvenil.

Es importante señalar que el 34,74 % de las consultas están motivadas por problemas de salud mental y/o adicciones. Otros temas que preocupan a los adolescentes escolarizados son sexualidad y afectividad, salud alimentaria, salud social y violencia.

En términos de promoción de hábitos saludables y **prevención de adicciones** destaca en Cataluña el programa «Bebed menos» *(«Beveu menys»),* que pretende dotar a los profesionales de la atención primaria de los conocimientos e instrumentos necesarios para la identificación precoz y las intervenciones breves en bebedores de riesgo. La implantación del programa «Bebed menos» en la Atención Primaria de Salud ha mostrado efectividad en la mejora de la detección de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. También se han incrementado las derivaciones desde la Atención Primaria de Salud hacia los centros de atención y seguimiento (CAS) de drogodependencias en problemas de alcoholismo.

En cuanto a promoción de la salud y **prevención del suicidio,** pueden sentarse los siguientes datos:

- El riesgo de depresión en adolescentes es del 6,99 % y la prevalencia del 1,64 %.
- La disminución de los intentos de suicidio es del 8,4 % y la disminución de los reintentos es del 14,7 %.

TABLA IV

Estudio comparativo en 2010

Resultados de la implantación de la Cartera de Servicios en Atención Primaria de Salud		Territorio CON Cartera de Servicios de Salud Mental en Atención Primaria de Salud	Territorio SIN Cartera de Servicios de Salud Mental en Atención Primaria de Salud
Incidencia atendida en Centro de Salud Mental	Disminución	7,9‰	10‰
Prevalencia atendida en Centro de Salud Mental	Disminución	2,7 %	3 %
Pacientes con Trastorno Mental Grave	Aumento	18 %	15 %
Reiteración (visitas sucesivas/primeras)	Aumento	23 %	16 %
Retención a los 12 meses	Aumento	86,2 %	77 %

– La reducción diferencial de días por incapacidad laboral es del 4,1 % (350.543 € al año en 2008).

Los cuatro niveles de actuación han consistido en medidas de información dirigida a los ciudadanos, cooperación con los médicos de cabecera, cooperación con otros estamentos e intervenciones en grupos de riesgo.

En la tabla IV se comparan en 2010 los territorios con y sin cartera de servicios de salud mental en atención primaria de salud. Se demuestra que el médico de cabecera capacitado para ofrecer prestaciones de salud mental permite que los ambulatorios especializados puedan mostrar indicadores de mayor —más visitas y más retención— y mejor calidad, que redundan en **más dedicación a enfermos con enfermedad mental grave.**

El gráfico XIV muestra la evolución desde 1994 a 2010 de la prevalencia de **problemas de consumo** de tabaco, alcohol, cannabis; y éxtasis, anfetaminas, cocaína y heroína en la población **adolescente** de 14 a 18 años de edad: alguna vez en los últimos 30 días.

Las medidas implementadas consisten en:

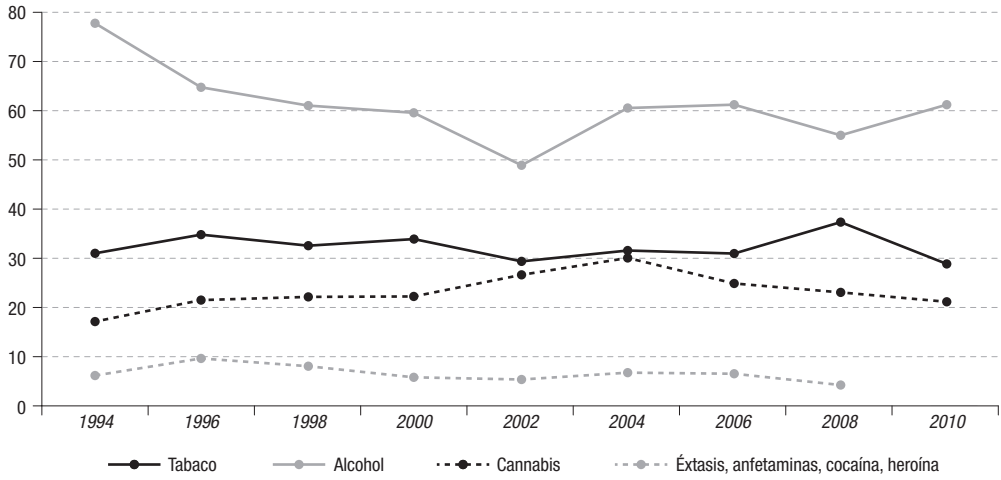
– El programa de colaboración entre los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias y los Centros de Salud Mental Infantojuveniles, con el resultado de que conforma una Unidad Funcional.

– El objetivo en adolescentes es dar apoyo a la detección y tratamiento de la conducta de riesgo en el propio Centro de Salud Mental Infantojuvenil partiendo de los servicios especializados del Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias.

– Se ha llegado a un 22 % de grado de implantación en los Centros de Salud Mental Infantojuveniles.

GRÁFICO XIV

Prevalencia (%) del consumo de drogas en los estudiantes de ESO (14-18 años) en Cataluña. Alguna vez en los últimos 30 días



Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En **psicosis incipiente** y también en población **adolescente** cabe decir que las medidas implementadas son las siguientes:

- Se ha implantado en el 20 % del territorio de Cataluña.
- Es un modelo de atención inmediata, intensiva e integral destinado a los jóvenes que presentan señales de alarma de un episodio psicótico.
- El objetivo es la prevención de una enfermedad psicótica, típicamente de evolución crónica y que comporta graves costes personales y económicos.
- La integración del Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias en los proyectos piloto.

El resultado es que, gracias a estas medidas, se ha conseguido:

- Mejorar en accesibilidad.
- Disminuir el tiempo de acceso a menos de 15 días.
- Lograr un 86 % de adherencia al año.
- Mejorar el cribado de los efectos secundarios de la farmacoterapia.
- Una mejora funcional global al año de tratamiento del 78 %.

En consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, la **cartera de servicios** de atención a las **drogodependencias** ha de incluir programas en los ámbitos educativos —programa «Salud y escuela»—, familiares, laborales, comunitarios, de ocio y de salud —programa «Bebed menos»—, a ofrecer en dispositivos de salud pública, municipios, dispositivos asistenciales y organizaciones no gubernamentales. En términos de implantación en Cataluña, el programa «Salud y escuela» llega ya al 93 %, y el programa «Bebed menos» incluso al 98 %. En conductas adictivas y de riesgo, la cartera de servicios en Atención Primaria de Salud incluye prestaciones de baja complejidad como actividades de prevención, valoración de los eslabones demanda-resolución-interconsulta-derivación, detección precoz, señales de alarma ante problemas de salud mental y adicciones y subsiguiente consejo profesional *(counselling),* resolución de conflictos, orientación psicológica, orientación familiar, grupos; atención al alcoholismo de baja complejidad y al tabaquismo, salud integral para personas con trastorno adictivo y subsiguiente prevención; y diagnóstico precoz y tratamiento de la patología orgánica, incluyendo intercambio de jeringas. Son prestaciones a ofrecer por los equipos de atención primaria y el equipo integral de salud mental y adicciones de apoyo especializado (psiquiatra, psicólogo y enfermero). La implantación es del 43 % en los Centros de Atención Primaria de todo el territorio catalán.

En cuanto a tratamiento especializado de mediana complejidad, los problemas de salud a cubrir son los asociados a cocaína y otros psicoestimulantes: a cannabis, alcohol, nicotina, opiáceos, patología dual y otras drogas. La cartera de servicios a ofertar ha de incluir urgencias y hospitalización, atención en situación de crisis, acogida, información y asesoramiento a pacientes, tratamiento médico y psicológico, prevención, detección y control de enfermedades infectocontagiosas, tratamiento de mantenimiento con metadona, apoyo a las familias, programa de reducción de daños —programa de intercambio de jeringas, programa de tratamiento de mantenimiento con metadona y otros medicamentos opiáceos, sexo seguro, prevención de sobredosis y venopunción supervisada— en función de la prevalencia de usuarios de drogas por vía parenteral y zonas abiertas de consumo; y tratamiento de deshabituación en ámbito residencial. Los dispositivos implicados son

los servicios de urgencias y hospitalización de agudos, las unidades de crisis, las unidades hospitalarias de desintoxicación, los centros de atención a drogodependencias, los hospitales de día, las unidades de patología dual, las comunidades terapéuticas con apoyo sanitario y los servicios integrales de salud mental y adicciones. En Cataluña, los servicios de base territorial son los de urgencias y hospitalización de agudos, los centros de atención y seguimiento de drogodependencias y los servicios integrales de salud mental y adicciones. Los servicios de concentración comprenden las unidades hospitalarias de desintoxicación, las unidades de patología dual, los hospitales de día, la unidad de crisis existente y las comunidades terapéuticas con apoyo sanitario.

Finalmente, la asistencia integral, de alta complejidad, debe afrontar adicciones graves y poblaciones específicas de riesgo de exclusión social, personas sin hogar, personas con medidas penales alternativas, etc. La cartera de servicios incluye un programa integral de reducción de daños que conlleva acogida (café y calor), orientación, cobertura y derivación por necesidades básicas; y medidas de reducción de daños como el programa de intercambio de jeringas, sexo seguro y prevención de sobredosis; venopunción supervisada y prevención; y detección y control de enfermedades infectocontagiosas. También debe incluir servicios sociolaborales y equipamientos de atención integral residencial como albergues. Los dispositivos donde ofrecer estas prestaciones son los recursos sociales con apoyo sanitario, es decir, con programa integral de reducción de daños, y también recursos sociales como centros de día y equipamientos de atención integral. Pueden conceptualizarse como servicios de concentración de ámbito suprasectorial.

Hasta el momento, las **guías de práctica clínica** producidas por la sanidad catalana —esquizofrenia y psicosis incipiente, trastorno de la conducta alimentaria, depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, juego patológico y otras socioadicciones, trastornos bipolares y trastorno límite de la personalidad— también incluyen las guías de práctica clínica en adicción a la cocaína y la guía clínica del tratamiento de mantenimiento con metadona.

En este **marco consensuado de atención integral de las adicciones** se halla también el Plan de acción sobre drogas de la ciudad de Barcelona, impulsado por su Ayuntamiento y por el *Departament de Salut* del gobierno autonómico catalán. Es un modelo de atención integral consensuada en la medida que intervienen la Administración, los profesionales y entidades implicadas, y los usuarios. El enfoque, tanto de servicios como de prestaciones, es comunitario, y el modelo de atención es más preventivo que proactivo. Se organiza en ámbitos de intervención diferenciales por problemas de salud, tipología o complejidad, e incorpora:

- Salud pública.
- Atención primaria de salud.
- Atención especializada:
  - Centros de atención y seguimiento (CAS) de drogodependencias.
  - Centros de salud mental.
  - Hospitalización de agudos.
  - Hospitales de día.
  - Y otros.

La manera como se aplica este modelo puede resumirse en que aspira a la integración de toda la red sanitaria y al equilibrio territorial. Los objetivos básicos son:

- Integración en los recursos existentes y en los de nueva creación.

– Equilibrio territorial y accesibilidad para los usuarios.

Los centros se orientarán a ofrecer al usuario con drogodependencia todo el abanico terapéutico y de recursos existente.

EL FUTURO

Según el documento marco, el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 se concibe en tres niveles:

I. *Programas de salud:* más salud para todos y mejor calidad de vida.

II. *Transformación del modelo de asistencia:* mejor calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias.

III. *Modernización del modelo organizativo:* un sistema sanitario más sólido y sostenible.

En dicho documento marco se recogen los nueve objetivos del Plan de Salud en desarrollo hasta 2015:

1. Objetivos y programas de salud.
2. Orientación hacia los enfermos crónicos.
3. Resolución desde los primeros niveles.
4. Calidad en la alta especialización.
5. Enfoque hacia paciente y familias.
6. Nuevo modelo de contratación.
7. Conocimiento profesional y clínico.
8. Gobernanza y participación.
9. Información, transparencia y evaluación.

El Plan de Salud de Cataluña prioriza, además, los siguientes proyectos:

1. *Consolidación de los Planes Directores,* concretamente los seis que existen y que son los siguientes:
   – Oncología.
   – Aparato circulatorio.
   – Aparato respiratorio.
   – *Salud mental y adicciones.*
   – Sociosanitario.
   – Enfermedades reumáticas y del aparato locomotor.
2. *Potenciación del Plan Interdepartamental de Salud Pública,* que comprende:
   – Agencia de Salud Pública.
   – Cartera de Servicios definida.
3. *Promoción de las políticas de Seguridad y de Calidad Clínica,* cuyo objetivo es la reducción de los problemas relacionados con las intervenciones asistenciales y para las que ya se dispone del Plan Estratégico de Seguridad de los Pacientes.

Que el segundo objetivo del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 sea el de orientar el sistema hacia el enfermo crónico implica los siguientes cuatro importantes aspectos:

– *Procesos clínicos integrados,* por ejemplo, en depresión (2012) y en trastorno mental grave infantojuvenil y del adulto (2013); implantación del GPC; psicosis incipiente y plan integral en autismo.

– *Promoción y prevención:* guía de salud física en enfermos con trastorno mental grave, programa «Bebed menos».

– *Alternativas asistenciales en un sistema integrado:* modelo de hospitalización no aguda, alternativas a la hospitalización convencional, modelo integrado sanitario y social.

– *Paciente experto:* paciente experto en depresión.

Asimismo, la meta de avanzar hacia un sistema integrado más resolutivo implica incidir en los siguientes puntos:

– *Mejorar la resolución en los primeros niveles:* cartera de servicios de Salud Mental y Adicciones en Atención Primaria de Salud, Cartera de servicios de Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) / Centro de Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ) / Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias.

– *Transformar el modelo de urgencias y de hospitalización:* revisión del modelo de urgencias y de hospitalización de agudos.

– *Ordenar territorialmente la cartera de servicios por niveles de complejidad:* establecer los criterios de servicios básicos y especializados en salud mental; integración funcional de Salud Mental y Adicciones.

Retos de futuro: de la conexión a la integración

Tal como reza el título de estas IV Jornadas de Patología Dual, los desafíos que encierra transitar de la conexión a la integración son los siguientes:

- A ***nivel sistémico*** significa avanzar valiéndose de:
  - Directrices estratégicas comunes, es decir, a partir de una planificación única que ya está disponible, el Plan Director de Salud Mental y Adicciones.
  - Integración administrativa de las redes, en vigor desde 2010 y denominada *Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña* (SISCAT); aglutina centros y servicios de las diferentes redes especializadas y centros y servicios de atención primaria de salud; promueve tanto la integración de la red de adicciones, en primer lugar de los CAS, en los servicios comunitarios de salud mental como la integración de los presupuestos de drogodependencias y salud mental.
  - Reordenación de los servicios de salud mental y adicciones acorde con el plan integral: hospitalización de agudos, camas de desintoxicación, subagudos y unidades de patología dual; trayectorias clínicas comunes CSMIJ / CSMA / CAS; integración efectiva del CAS en la mejora de la cartera de servicios de salud mental y adicciones y de la atención primaria de salud.
  - Sistema de pago/contrato que incentive la integración.
- A ***nivel funcional*** significa consolidar:
  - Un sistema de información sobre salud (SIS) único, con un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) sobre salud mental y adicciones, y la historia clínica electrónica compartida en el territorio.
  - La gestión integrada en el territorio, con la integración del CAS en la Comisión de casos complejos del territorio y el acceso de pacientes con patología dual a todos los recursos de salud mental y/o adicciones (hospitalización, programa de servicios individualizado, etc.); con objetivos anuales integrados, incluyendo también Atención Primaria de Salud; y un sistema de gestión compartida entre centro de salud mental de adultos y CAS.
  - Incentivos profesionales para la integración, trasladando a los profe-

sionales una parte del sistema de pago incentivado.

- A ***nivel clínico*** entraña:
  - Identificación de la población con patología dual del territorio y liderazgo único para la atención de estas personas; identificación, según criterios a establecer, de parte de esta población en el programa de trastorno mental grave.
  - Integración de las prácticas profesionales en el entorno del caso, mediante el plan terapéutico individualizado de salud mental y adicciones.
  - Gestión del caso, compartiendo el profesional referente.
  - Sesiones clínicas.
  - Interconsulta recíproca.
  - Actuaciones dentro del ámbito del centro de salud mental infantojuvenil, mediante el programa de atención a adolescentes con conductas adictivas.
  - Formación compartida.
  - Sistema de indicadores para la integración.

II

EL ROL CONECTOR DE LA PATOLOGÍA DUAL

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE DROGODEPENDIENTES: ¿IMPRESCINDIBLE EN LA RED DE ATENCIÓN A CONSUMIDORES DE DROGAS?

MERCÈ CERVANTES

Psicóloga. Directora de Grup Atra. Presidenta de la Coordinadora de comunidades terapéuticas, pisos de reinserción y centros de día para drogodependientes de Cataluña.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

¿IMPRESCINDIBLE? ¿NECESARIA? ¿POR QUÉ? ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

Para saber si algo es necesario y/o imprescindible, lo primero es recabar información sobre qué nos aporta a las necesidades que tenemos. Por tanto, hace falta conocer. Es explícito que el verdadero trabajo de las Comunidades Terapéuticas es desconocido para la mayoría de los profesionales de la red de salud e incluso de drogodependencias, y/o tienen una idea distorsionada de dicho trabajo. Esta situación ha sido fruto de diferentes factores, que citaré más adelante. Pero en primer lugar, creo que lo más importante es empezar a dar a conocer la Comunidad Terapéutica para drogodependientes.

¿QUÉ ES UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA DROGODEPENDIENTES? ¿QUÉ SE HACE ALLÍ?

La Comunidad Terapéutica (CT) para drogodependientes es un recurso asistencial profesionalizado que, enmarcado dentro de la asistencia terciaria a la salud, proporciona servicios especializados de tratamiento que dan continuidad y complementan las intervenciones terapéuticas iniciadas en la Atención Primaria/Secundaria de Salud. Interviene en el proceso terapéutico de rehabilitación de drogodependientes cuando se precisa una intervención más amplia, intensiva y dilatada del enfermo, incidiendo sobre su conducta adictiva, sus problemas psicosociales,

los trastornos emocionales y relacionales, y sobre los comportamientos sociales cuando, por su magnitud y/o cronicidad, fracasa o es insuficiente el abordaje en régimen ambulatorio.

En esencia, la CT es la reproducción de un espacio social construido con la finalidad terapéutica de proporcionar a sus usuarios un tratamiento integral que añade a las intervenciones tradicionales la potencia reeducadora de la experiencia participativa en la vida comunitaria, experiencia orientada a conseguir el control y la extinción de las conductas adictivas.

Son aspectos característicos de este tratamiento comunitario:

- Intervención psicoterapéutica individual.
- Intervenciones biomédica y psiquiátrica individualizadas desde el ingreso hasta el alta con apoyo y control de medicación que incluye la coordinación con profesionales sanitarios externos.
- Énfasis en el grupo, la cohesión grupal y las interacciones entre sus miembros para promover el aprendizaje social.
- Participación activa del paciente en el desarrollo de su propio tratamiento con seguimiento cercano y cotidiano de su evolución.
- Intervención socioeducativa, entendida como el proceso de ayuda y asistencia que se deriva de la intervención profesional.
- La terapia ambiental, entendida como los diferentes elementos del medio que inciden como estímulo positivo y de efectos potencialmente terapéuticos.
- La terapia ocupacional y el tiempo programado de ocio, fundamentalmente la utilización del trabajo y de la actividad y creatividad personal, con finalidad educativa, terapéutica e integradora.
- La existencia de un cultura institucional propia y distintiva que, como conjunto de creencias, actitudes y pautas de conducta, regula la cotidianidad de la CT, proporcionando cohesión y sentido comunitario a sus miembros y que al mismo tiempo actúa como primer modelo personal y social de comportamiento y de valores, válida para sustituir los hábitos y pautas de conducta vinculados al período de adicción, que suele ser prolongado.

OBJETIVO GENERAL

Ofrecer al usuario un espacio comunitario en régimen residencial estructurado con finalidad terapéutica orientado a conseguir la extinción de las conductas adictivas y la incorporación de conductas adaptativas que faciliten la integración social de forma autónoma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conseguir la estabilización emocional del residente.
- Identificar las necesidades individuales y planificar su abordaje: aspectos relacionales, de manejo personal con el entorno, de autocuidado y autoexigencia, de salud física y psíquica, así como también aspectos laborales, sociales, etc.
- Adquirir y consolidar hábitos saludables.
- Adquirir y desarrollar el sentimiento de pertenencia.
- Aceptar e integrar el concepto de límite: normativa, horario...

– Extinguir el patrón de conducta adictiva, adquisición de nuevos valores y comportamientos: tolerancia a la frustración, aplazamiento de las satisfacciones inmediatas, capacidad de esfuerzo, planificación.

– Adquirir y mantener nuevas responsabilidades y compromisos.

– Aumentar la conciencia de problema, la motivación y la aceptación hacia el cambio.

– Adquirir nuevas habilidades sociales que faciliten una adecuada relación con el entorno.

– Participar activamente en el propio proceso de cambio.

– Adquirir estrategias y fomentar sus capacidades personales, dirigidas a potenciar su autonomía en todas las actividades de la vida diaria.

– Potenciar el autoconocimiento.

– Incorporar el trabajo psicoterapéutico como herramienta de cambio.

La drogodependencia afecta a la globalidad de la persona con el consecuente deterioro en sus dimensiones psíquicas, físicas y sociales, y requiere un tratamiento que dé respuesta a todas estas dimensiones.

Este abordaje global de la drogodependencia requiere una intervención desde el modelo biopsicosocial y educativo, que sea intensiva y desde la cotidianidad. Por ello, las CT, desde su vertiente de construcción de una microsociedad donde se terminan reproduciendo los modelos y comportamientos individuales poniendo de manifiesto las principales dificultades de cada persona, permiten la intervención terapéutica grupal e individual desde las diferentes perspectivas: psicológica, sanitaria, educativa, relacional...

¿CÓMO ESTÁ COORDINADA LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA?

La figura 1 ofrece un esquema de la red de atención a drogodependencias que seguidamente se comenta.

A nivel funcional, la red de atención a las drogodependencias queda estructurada en cuatro niveles asistenciales:

– *Primer nivel.* Atención primaria sanitaria y social: diagnóstico de la detección precoz y de consumidores de riesgo.

– *Segundo nivel.* Centros de atención y seguimiento (CAS) de drogodependencias.

  Al principio, estos centros estaban sectorizados a partir de una base geográfica comarcal. Ofrecen tratamiento especializado en régimen ambulatorio. Están integrados por equipos multidisciplinares y diseñan un programa de tratamiento que puede incluir la utilización de otros dispositivos especializados de la red de atención a drogodependencias.

– *Tercer nivel.* Unidades hospitalarias de desintoxicación, comunidades terapéuticas.

– *Cuarto nivel.* Centros y programas de reinserción.

TIPOS DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN CATALUÑA

En el territorio catalán, el *Departament de Benestar i Família,* que es el que financia a las CT, tiene interés en mantener diferentes tipologías de CT que ofrezcan una atención diferencial a perfiles de población con necesidades distintas. Así, se ha establecido una diferenciación en

FIGURA 1

Red de atención a drogodependencias

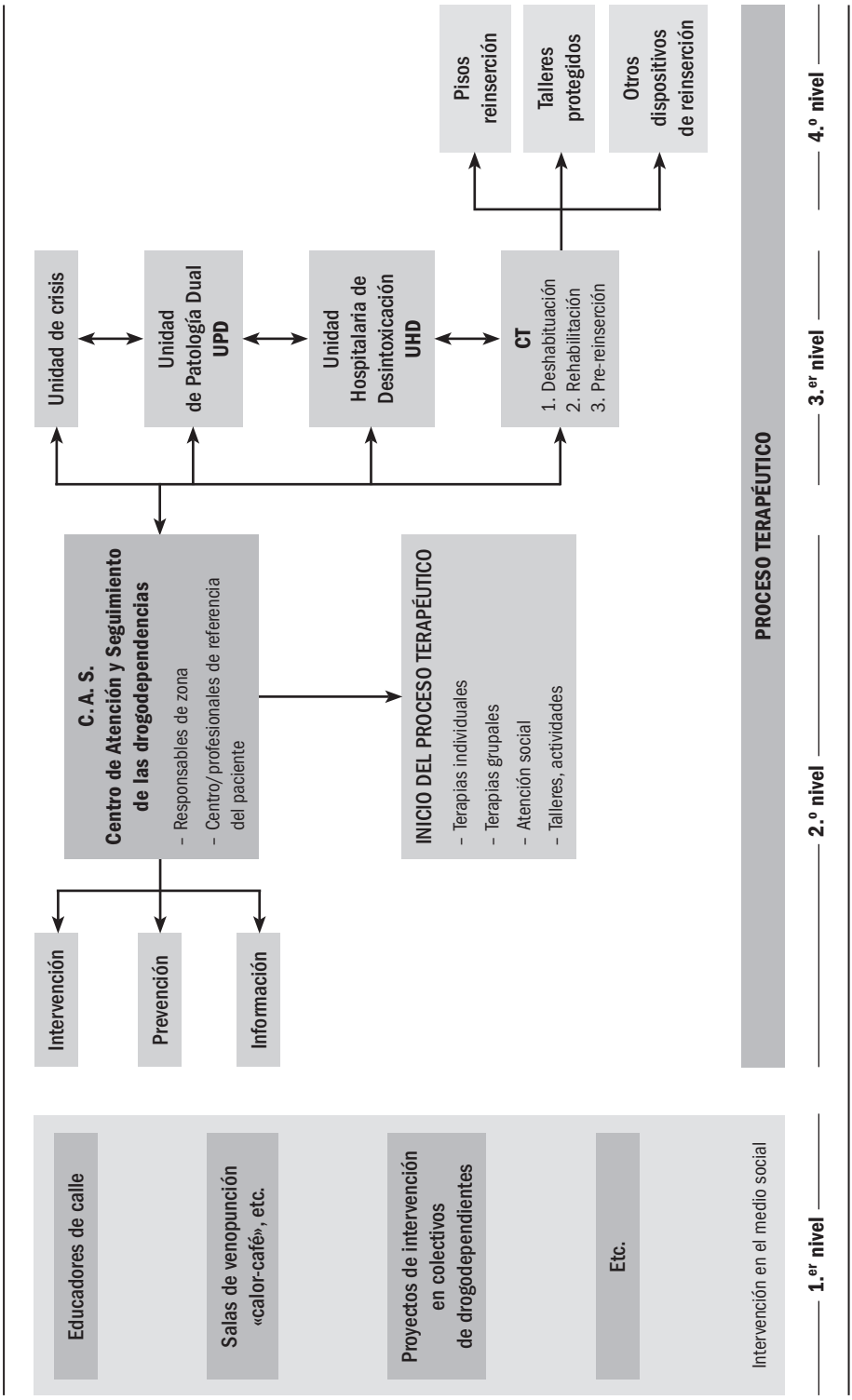


TABLA I
Tipologías de CT

	Alta intensidad	Mediana intensidad	Baja intensidad
Actividades psicoterapéuticas, educativas y sanitarias	35 %	14 %	6 %
Actividades de terapia ocupacional	9 %	25 %	24 %
Actividades de ocio	10 %	11 %	20 %
Dormir y comer	46 %	50 %	50 %

tres tipos, no por la metodología, sino según la intensidad de intervención en actividades psicoterapéuticas y educativas, duración del tratamiento, y en atención a las diferentes ratios de profesionales y a los diferentes programas y formas de actuación. Aparece entonces la nomenclatura de CT de *alta, mediana* y *baja intensidad* (tabla I).

La duración de los tratamientos oscila entre los seis meses para las Comunidades Terapéuticas de alta intensidad y los 12-18 meses para las CT de baja intensidad.

Este factor explica que también se conozcan con el nombre, respectivamente, de CT de corta, media y larga estancia.

¿POR QUÉ SE HA GENERADO EL DESCONOCIMIENTO DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS?

Hay diversos factores que han contribuido a que se haya instaurado una idea estereotipada, algunas veces errónea, muchas veces anticuada y casi siempre desconocida, del trabajo real que se lleva a cabo en la CT.

Me gustaría ofrecer una visión rápida de alguno de estos factores, pues creo que han contribuido a la desorientación que impera. Lo expongo según los siguientes seis subapartados:

1. Origen de las Comunidades Terapéuticas

Si echamos un vistazo a la ***historia*** reciente, tenemos que, ante el gran problema del consumo de drogas ilegales en nuestro país sobre los años 70, se produce un desbordamiento de las estructuras asistenciales clásicas. Comenzaron a aparecer una serie de respuestas, entre las que, en una primera fase, predominó la idea de internar a los sujetos aislándolos del ambiente que había generado su adicción. Una parte de estos centros eran tan solo lugares de exclusión y control, mientras que otros ya planteaban la reinserción social de los internos.

En el año 1984, en un informe para la *Direcció General d'Acció Social,* LL. Polo y M. Zelaya plantearon la dicotomía «profesional/no profesional» para diferenciar aquellos centros caracterizados por la presencia de un equipo profesional, un programa explícito, objetivos terapéuticos y educativos y una orientación hacia la inserción, de otros centros de tipo más ideológico o de adoctrinamiento. No es hasta 1985 que aparece en España el Plan Nacional sobre Drogas, y en Cataluña se crea la red de atención a drogodependientes, XAD en siglas catalanas, en un intento de regular y profesionalizar la atención y el tratamiento que necesitaban estos consumidores (básicamente heroinómanos). En 1987 el enton-

ces llamado *Òrgan Tècnic de Drogodependències,* actual *Subdirecció General de Drogodependències,* recibió el encargo de elaborar un plan de actuaciones aprobado por el *Consell Executiu* y presentado en comisión al *Parlament de Catalunya,* que determinó un conjunto de propuestas de actuación coordinadas entre las diferentes administraciones de Cataluña para prevenir las drogodependencias y facilitar asistencia y rehabilitación a las personas afectadas. Ambos planes querían ser una respuesta de la administración autonómica a la exigencia social de resolver el problema del consumo de heroína, aunque el *Pla de Catalunya* se dirige a todas las drogodependencias y considera los problemas relacionados con el alcohol y las drogas desde una perspectiva de salud pública. Si bien en una parte del territorio español la atención a las drogodependencias se asumió desde la red de salud, en Cataluña se constituyeron dos redes paralelas, la red de salud mental y la red de atención a las drogodependencias (XAD). Así se creó otra división administrativa. Si observamos la XAD vemos que de los distintos dispositivos de tercer nivel, los CAS pertenecen administrativamente al *Departament de Salut,* y las Comunidades Terapéuticas pertenecen al *Departament de Benestar Social i Família.*

2. Interdepartamentalidad (diferente gestión administrativa) de la red de atención a drogodependencias

La red catalana de atención a las drogodependencias, XAD, nace como un proyecto interdepartamental Salud-Bienestar Social, y esta ***interdepartamentalidad*** no existe en la realidad, no desde la coordinación de recursos, de la integralidad del tratamiento de la persona, por lo que se dan duplicidades en servicios e incluso se proponen acreditaciones diferentes para un mismo servicio según esté en un *Departament* o en otro. Actualmente, en Cataluña, la autorización administrativa de las CT es otorgada por el *Departament de Salut* y se inscriben en el registro correspondiente de dicho *Departament.* Igualmente, la vigilancia por el mantenimiento de las condiciones mínimas de los servicios y la atención a quejas y reclamaciones corresponden, también, al servicio de inspección del *Departament de Salut.* La inscripción de las CT tiene que efectuarse en el registro del *Departament de Salut* y en el registro de *Benestar Social i Família.*

Hasta ahora no existe en Cataluña el reconocimiento administrativo de la tipología de servicio «Comunidad Terapéutica», al menos como denominación en las autorizaciones de la administración autonómica. Las autorizaciones de las CT por parte del *Departament de Salut* son como «camas sociosanitarias», con la tipología de «centros residenciales de asistencia a las personas drogodependientes». Y desde *Benestar Social i Família* están dentro de servicios sociales de reinserción: servicios residenciales para personas con drogodependencia de baja, mediana y alta intensidad. Cada uno de dichos departamentos ha ido generando decretos y normativas diferentes en cuanto a los requisitos mínimos para esta tipología de servicios, que pueden generar contradicciones y/o confusión para las Comunidades Terapéuticas. Ello ocurre por no coincidir exactamente algunas de estas condiciones mínimas según sea uno u otro departamento y/o incluso entre diferentes decretos/órdenes de un mismo departamento administrativo.

La diversidad de tipologías, nomenclaturas y normativas de ambos departamentos aplicables a las CT y sin que ninguna de ellas se acerque y/o intente reflejar los aspectos propiamente distintivos de la metodología de intervención

de la Comunidad Terapéutica profesional, además del confusionismo ya citado, ha propiciado que determinados centros y servicios se hayan podido acreditar y registrar como «Comunidad Terapéutica» solo cumpliendo los requisitos básicos exigidos a cualquier tipo de centro residencial para drogodependientes, aunque su finalidad sea diferente (hogares de acogida, etc.) y las metodologías sean de otro tipo (asistencialistas, de custodia, etc.). Fácilmente cualquier centro residencial, con un mínimo de condiciones materiales y funcionales, ha podido decir de sí mismo y acreditarse administrativamente como CT aunque no sea así, sea para acceder a financiación o subvenciones de la Administración para este tipo de servicios o bien por cualquier otro interés, incluso por propio convencimiento, dado que el grado de confusión y distorsión del concepto y de la metodología de la Comunidad Terapéutica ha sido elevado en nuestro ámbito.

Entendemos que la propia complejidad del problema de la adicción, y mucho más de la patología dual, implica a las estructuras de gestión administrativa de las Comunidades Autónomas. La definición de las administraciones competentes repercute de manera decisiva en el diseño y gestión de los diferentes recursos y programas. Es fundamental que ambas administraciones públicas se entiendan, en aras del diseño de los recursos de tratamiento de personas con adicciones y con patología dual.

La importancia de este entendimiento se halla reflejada en la práctica profesional diaria, pero es obvio que si no existen o no están disponibles canales de comunicación entre las propias administraciones, no podemos exigir a los profesionales de cada red un esfuerzo de coordinación permanente con compañeros de otros dispositivos en la gestión técnica de cada caso.

3. La financiación

La ***financiación*** de las Comunidades Terapéuticas se ha hecho históricamente con carácter de subvención desde el *Departament de Benestar Social i Família.* A nivel de financiación, la XAD pertenece al *Departament de Salut,* excepto para las CT y los programas de reinserción, que son subvencionados por el *Departament de Benestar Social i Família (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials).* Este será un tema que influirá en la propia evolución de estos dispositivos. La financiación ha tenido un peso muy importante, no solo por la precariedad que supone para recursos como las CT, que deben garantizar el tratamiento de sus residentes, recibir subvenciones anuales, sino también en lo que respecta al discurso de la Administración que lo sustenta, calificable de asistencialista. Ha sido complicado hacer entender al *Departament de Benestar Social i Família* que las CT profesionales son centros sociosanitarios especializados en el tratamiento de las adicciones desde un modelo participativo de intervención y no asistencialista, y que hablar de tratamiento implica hablar de profesionales especializados y de ratios adecuadas, y por tanto, de una financiación adecuada. No ha sido hasta el año 2004 que se ha conseguido el primer convenio con carácter trianual para las Comunidades Terapéuticas y los Pisos de Reinserción. Dado que esta financiación no ha sido posible de una forma totalmente adecuada y real, las entidades gestoras de los servicios han ido adaptándose a la propia situación económica, y esto a veces ha pervertido el modelo, creándose dentro del propio modelo de Comunidades Terapéuticas diferentes características y diferentes interpretaciones. Esto es un hecho, y nos ha debilitado como unidad de sector, y ha contribuido a que desde la red de salud se tenga una idea ambigua de las CT.

4. Diferente profesionalización y evolución de las CT

La propia y diferente ***evolución*** de las entidades gestoras y de los servicios, al dar respuesta a las diferentes necesidades que iba planteando el colectivo de drogodependientes que atendíamos. La inexistencia de coordinación entre los servicios y la lucha por la supervivencia hizo que unos evolucionasen más hacia la profesionalización, como centros sociosanitarios y siguiendo estándares de calidad del tipo ISO o EFQM, y otros decidieron hacerlo más como «centros de vida», semiprofesionales o no profesionales.

Se han dado diferentes intentos, por iniciativa de los profesionales de las Comunidades Terapéuticas, de clarificar y consolidar el modelo profesional de la CT. En 1986, se realizaron las Primeras Jornadas Españolas de Comunidades Terapéuticas profesionales para toxicómanos en Valencia, dirigidas a:

- Constituir una asociación de profesionales de CT.
- Facilitar intercambios de conocimientos.
- Consolidar el modelo.
- Contribuir al reconocimiento de las CT profesionales.

A partir de estas jornadas sucesivas, de los documentos generados en los encuentros, se creó una cultura, un marco conceptual compartido. En 1990 se puso en marcha un sistema de homologación para CT profesionales, con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas, así como un sistema estándar de evaluación, que permitía poder evaluar factores cuantitativos y cualitativos de un mismo espacio y con una única metodología.

En estos años, las CT de Cataluña fueron pioneras en este movimiento y demostraron su capacidad de adaptación al nuevo perfil de usuario. El cambio de paradigma de «toxicómano» a «conducta adictiva», de integrar los programas de mantenimiento con metadona en la Comunidad Terapéutica, lo que supone plantearnos el concepto de «espacio libre de drogas», de abstinencia, etc.

En 1998 se hizo el primer intento de sistematización desde el *Institut Català d'Assistència i Serveis Socials,* con la elaboración de la Cartera Mínima de Servicios, publicada en 2001. Se definieron la Misión, la Visión y los Valores. Se indicaron los elementos mínimos con los que tiene que contar una CT que se considere profesional *(Document de suport núm. 2. Serveis. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya).*

Como consecuencia de estos encuentros, comenzó a germinar la Coordinadora de Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción y Centros de Día para drogodependientes de Cataluña. Los profesionales constituimos un grupo de trabajo con la necesidad de unificar criterios, revisar metodologías, establecer estándares de actuación profesional y defender el modelo de CT profesional en el territorio. Desde entonces hemos avanzado en la definición de la cartera de servicios que una Comunidad Terapéutica o un Piso de Reinserción profesionales tienen que ofrecer, y también hemos intentado clarificar todo aquello que **no** constituye una CT profesional.

Fruto de este trabajo, que se ha llevado a cabo paralelamente desde las propias entidades y con la administración autonómica, han surgido una serie de documentos de trabajo, como la definición de los indicadores de calidad y un manual de buenas prácticas que constituyen un magnífico ejemplo de trabajo consensuado y una muestra de la intervención de calidad y constante capacidad de adaptación de las entidades que conforman el sector. Documentos que quieren servir de guía,

clarificación y de exigencia para todos los centros y servicios que se quieren definir como CT profesionales, y que intentan recoger los más de veinte años de experiencia del modelo de intervención profesional en Cataluña.

5. Plan Director catalán de Salud Mental y Adicciones *(Pla Director de Salut Mental i Adiccions)*

El 28 de febrero de 2006 se aprobó el ***plan director catalán,*** con el propósito de ir integrando salud mental y adicciones. Presentado por el *Departament de Salut,* fue elaborado con la participación de todos los departamentos implicados: acción social y ciudadanía, justicia, trabajo, educación y salud. Este plan define los objetivos fundamentales para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben llevarse a cabo por parte del sistema sanitario y otras instituciones implicadas.

Es un instrumento de información, estudio y propuesta, que determina las directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones a desarrollar en el ámbito de la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de las enfermedades asociadas con la salud mental y las adicciones, y mejorar la calidad de vida de los afectados. Fue una oportunidad de integrar y de coordinar, pero significó todavía más distanciamiento y desconocimiento de las Comunidades Terapéuticas. Tanto es así, que se trabajó en una acreditación de CT sin que ninguna de ellas formara parte de dicho trabajo.

6. Poca producción científica

Es cierto que en Cataluña las CT no hemos hecho este ***trabajo divulgativo*** hacia el exterior. Han sido unos años de hacer un trabajo más interno, de consenso sobre metodología, de trabajo sobre protocolos, tipología de altas, etc. Sí que se han producido documentos interesantes, incluso memorias conjuntas desde 2010 por parte de todos los centros representados en la Coordinadora mencionada, pero —es cierto— no hemos sabido hacerlo llegar a los profesionales adecuados para que difundieran el conocimiento.

Estos son algunos de los factores que han contribuido al desconocimiento y/o confusión del trabajo de las Comunidades Terapéuticas, por lo menos en el escenario catalán, y ello a pesar de que las CT están presentes en el circuito de derivaciones y se reconocen sus resultados. Pero incluso entre los mismos profesionales del sector —por ejemplo, en los ambulatorios para adicciones (CAS)—, hay bastante desconocimiento y confusionismo respecto a qué es y qué se hace en una CT. Cosa que provoca no pocas veces malentendidos y demandas a las CT fuera de su misión y/o posibilidades, tanto materiales cuanto «normativas», como también metodológicas. Por ejemplo, se le demanda a una CT que al mismo tiempo pueda atender a menores, a mujeres con hijos, que haga programas breves y más a la medida de las expectativas previas de los usuarios, etc. En el fondo son intentos de trasladar a estos servicios las coberturas de necesidades sociales básicas que causan «emergencias» añadidas en los usuarios y que en realidad no justificarían la metodología de la CT, y justificarían tan solo las coberturas mínimas que exige la normativa para otro tipo de servicios (albergues, guarderías, centros de acogida inmediata, etc.).

Tras haber visto algunos de los factores que han propiciado una idea de las CT menguada o distorsionada o incluso desconocida, pasaré a argumentar el porqué de que, a pesar de todo, sean imprescindibles.

¿PORQUÉ Y PARA QUIÉN SON IMPRESCINDIBLES LAS CT?

La drogodependencia, al considerarse un fenómeno multicausal y multidimensional, suele requerir también un abordaje igualmente múltiple, que permita una intervención simultánea en las diferentes áreas a tratar. Así, *la CT es un instrumento que permite en un momento determinado retirar a la persona del condicionamiento de los estímulos fuertemente asociados al consumo y abordar las diferentes áreas en las que presenta afectación*. En la CT se produce la *deshabituación apartada de todo el contexto estimulador* y se va realizando un abordaje aproximativo con la técnica del acercamiento gradual.

La CT viene demostrando ser un camino eficaz para la recuperación y la rehabilitación tanto de drogodependientes como de otros enfermos mentales. Ya hace más de sesenta años que la CT ha demostrado su capacidad de adaptación a las necesidades que presenta el colectivo de drogodependientes, y ha demostrado saber *trabajar con la persona de forma integral,* sabiendo dar respuesta a las diferentes patologías orgánicas y/o psiquiátricas que presente la persona drogodependiente, y siempre en coordinación con las diferentes redes. La CT no es un recurso para sí mismo, solo centrado en la propia finalidad, sino una herramienta más, una buena herramienta en el repertorio de la intervención en drogodependencias. Necesitamos estar coordinados con otros profesionales de las diferentes redes —salud general, salud mental, social—, y lo hacemos con convicción.

Las Comunidades Terapéuticas, desde su particularidad de constituirse como microsociedades donde se acaban reproduciendo los modelos y comportamientos individuales y donde se ponen de manifiesto las principales dificultades de cada persona, permiten la **intervención terapéutica grupal e individual de forma simultánea** *desde las diferentes vertientes: psicológica, sanitaria, educativa, relacional...* Esta simultaneidad de intervenciones, dentro de un mismo marco global que proporciona coherencia y elementos reales y compartidos de trabajo, de evolución y de cambio personal dentro de un mismo contexto común, es la base del modelo comunitario de intervención, siendo característico de las CT.

Actualmente, igual que en su momento se le planteó el tema de la metadona, a la CT se le plantean nuevos (o no tan nuevos) desafíos. Uno es si la CT puede abordar al paciente con patología dual, y otro es si debe abordar la problemática social. *Las Comunidades Terapéuticas profesionales hemos trabajado desde una* **intervención integral** *de la persona y desde una* **perspectiva integradora.** Así, hemos estado atendiendo a personas con diferentes diagnósticos al mismo tiempo, siempre entendiendo que tenían que estar diagnosticadas y controladas médica y farmacológicamente, para así poder permitir la adaptación de la persona a los cambios que quiere realizar.

Bien es cierto que, en la década de los 80, al comienzo de los programas de CT, las patologías psiquiátricas quedaban muchas veces excluidas por las dificultades añadidas que presentaban. En los últimos años ha habido un cambio en la forma de consumo de sustancias, con más pacientes consumidores de cocaína, drogas de diseño y alcohol, y disminuye la demanda «tradicional»: pacientes heroinómanos de rasgos neuróticos. Esto nos ha obligado a ampliar la oferta a pacientes muy diversos con estructuras de personalidad graves, más psicóticos, e impulsado a adecuar el recurso volviéndonos más abiertos y flexibles, y manteniendo la filosofía de la Comunidad Terapéutica, caracterizada por la **participación activa de los pacientes** en la resolución

de sus conflictos, desde una **estructura contenedora** y un equipo de profesionales que orientan e intervienen donde los pacientes no obtienen resultados, reconduciéndolos hacia un resultado más satisfactorio.

Cada vez con más frecuencia nos topamos con pacientes con patología dual, es decir, con personas con una enfermedad mental grave con tendencia a la cronicidad —trastornos de personalidad, trastornos psicóticos y trastornos afectivos, principalmente— que realizan un alto consumo de drogas —y un alto consumo de servicios sanitarios—. La coexistencia de estas dos enfermedades dificulta el diagnóstico. El consumo de drogas enmascara la sintomatología, a lo que se añade la dificultad que muestran los pacientes para reconocer problemas más allá del consumo. Su desconfianza y poca colaboración aboca a que, en muchos casos, se empiece por una primera *aproximación diagnóstica,* la cual se irá completando más adelante y posibilitará ajustar el tratamiento a cada persona. Son pacientes con problemas de hiperactividad, déficit de concentración, retraimiento social, trastornos de la alimentación, conflictos con la autoridad, etc. Pacientes que, por sus características, se muestran conflictivos, manipuladores y provocan frustración a los profesionales.

Es fundamental trabajar ambas patologías desde un modelo **integral,** que permita una intervención continuada en el tiempo e inserto en un proceso de rehabilitación social. Es necesario realizar un buen diagnóstico clínico que ofrezca unas orientaciones precisas que permitan iniciar el trabajo en la Comunidad Terapéutica. *La CT ofrece un espacio privilegiado para poder realizar un* **diagnóstico** *más real de la persona con patología dual,* ya que la tenemos en observación durante las 24 horas y en unas condiciones de «no consumo» que evitan el enmascaramiento del diagnóstico. En este sentido, la CT ha tenido que ir cambiando y flexibilizándose para así permitir que se vaya afinando el diagnóstico, ver cómo se adapta el paciente y lograr que la integración en la CT sea progresiva y lo menos traumática posible.

La CT contribuye al **trabajo de aceptación** *por parte del enfermo (y la familia) de su entera patología*. Frecuentemente, los adictos nos dicen que prefieren ser «antes toxicómano que loco» y añaden: «puedo dejar de consumir y desaparece la enfermedad». Esto les protege de aceptar su trastorno psíquico.

La CT también es clave en la aceptación del tratamiento y de la medicación. Desde la CT se quiere que exista una coordinación entre el psiquiatra de la CT y el del CAS con el fin de que se ajuste la medicación y lograr así que el paciente pueda ir participando en la vida diaria de la CT. Y también con el fin de controlar y detectar si hubiera momentos donde se pueda utilizar el fármaco con un objetivo diferente al prescrito: «colocarse». También se trabaja la aparición de deseos de «dejar de tomar la medicación» motivados porque surjan efectos secundarios.

La CT interviene en la crisis y con la crisis, *abordando los diferentes episodios que van apareciendo durante el tratamiento*. Es muy importante la contención y la capacitación por parte del equipo, a fin de reconocer los episodios y abordarlos. Y el manejo del grupo de residentes de la CT es una pieza muy importante, como el trabajo que se lleva a cabo de aceptación de cualquier diferencia y limitación de los propios pacientes. En efecto, la diferente sintomatología provoca conflictos en el grupo, como por ejemplo el ritmo en el trabajo y el tiempo para conseguir objetivos. Por eso trabajar el respeto, la ayuda mutua, devienen elementos clave para la aceptación de la persona con patología dual. Eso sí,

siempre tiene que darse la voluntariedad de las personas hacia su propio cambio.

En el plan de trabajo individualizado (PTI) que se elabora con cada paciente es importante trabajar su proyecto de vida cuando salga de alta de la CT, ya que esos son momentos que producen un nivel de estrés y de ansiedad más altos. Es importante anticiparse con tiempo suficiente y que el usuario entienda que el trabajo habrá de continuar. Es necesario que siga controlando la medicación, que realice psicoterapia y que esté en contacto con servicios sociales.

La Comunidad Terapéutica ofrece un buen marco grupal, que se adecua a las diferentes necesidades de las personas sin excluir la atención de lo específico de cada problema, y que reproduce un modelo social basado en **valores,** en hábitos saludables, donde se potencia la autoestima y la capacidad de decidir por uno mismo.

¿QUIÉN PUEDE PRESCINDIR DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA?

La respuesta es nadie. Y lo puntualizamos de forma breve como conclusión a esta aportación.

■ ***No puede prescindir de la CT la Administración pública:*** las entidades que gestionan servicios de Comunidades Terapéuticas son las ejecutoras de las políticas y servicios de la administración autonómica en Cataluña. La Generalitat catalana no ofrece directamente estos servicios: Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción y Centros de Día para drogodependientes.

■ ***No pueden prescindir de la CT las redes de salud,*** ya que necesitan entidades, tanto pequeñas como grandes, con **vocación** de función pública y de colaboración con la Administración. Organizaciones que demuestran día a día su capacidad de adaptarse a las necesidades cambiantes de los usuarios y que son **proactivas** en plantear soluciones. Porque ofrecen servicios profesionales de calidad que se preocupan de mejorar día a día y alcanzar la mejor atención a los usuarios de la red de atención a adicciones. Porque lo efectúan a unos **costes** mucho **más económicos** de lo que resultarían si de todo ello tuviera que hacerse cargo la Administración.

■ ***No pueden prescindir de la CT los usuarios con conducta adictiva,*** los cuales necesitan una reestructuración amplia de su comportamiento. La CT ofrece un **espacio seguro** que permite este **cambio de estilo de vida.** Se aumenta la autoestima y la capacidad de autocrítica. Mejora la calidad de vida y disminuye el número de ingresos hospitalarios, especialmente por patología psiquiátrica. Se garantiza el control de la medicación. Es el único recurso que ofrece **tratamiento residencial integral para el tratamiento de la conducta adictiva.**

■ ***No pueden prescindir de la CT las familias,*** porque reciben información, atención y apoyo. Siempre que es posible, se trabaja hacia la **recuperación de las relaciones familiares.**

■ ***No puede prescindir de la CT la sociedad,*** porque es un dispositivo necesario de atención y de trabajo de las **bases de adaptación social** de las personas drogodependientes.

Puede aseverarse, por tanto, que en la red de atención a adicciones y en el conjunto de la asistencia sanitaria y social del territorio, nuestras Comunidades Terapéuticas son pioneras en este tipo de servicios. Han desarrollado un modelo de tratamiento realmente comunitario, con finalidad terapéutica y de inclusión social. Son referentes en otros países tanto de Europa como de Suramérica.

TRASTORNO MENTAL GRAVE E INTEGRACIÓN DE REDES

OLGA CHAPINAL

Médica internista. Directora del Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias de Sabadell (Barcelona).

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

INTRODUCCIÓN

En la última década, se han venido produciendo cambios en el enfoque de la salud mental en la mayoría de los países de la Unión Europea[1], promovidos por el Marco Europeo de la Declaración de Helsinki (Organización Mundial de la Salud, 2005)[2, 3] y el Pacto Europeo en Salud Mental de la Comisión Europea[4], en 2008, al ser considerada la salud mental una de las prioridades de la política de salud pública del espacio común europeo. En este marco global y europeo, España suscribe en 2005 los principios de Helsinki a través del documento *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (SNS)[5]. En este contexto, se han considerado áreas prioritarias la prevención de la depresión y el suicidio, la salud mental en infancia y adolescencia, la salud mental en el ámbito laboral, la salud mental de los ancianos y la lucha contra el estigma y la exclusión social. Se valora la necesidad de conectar las políticas sanitarias con la práctica clínica, potenciar la investigación en salud mental desde un enfoque intersectorial y crear herramientas que permitan evaluar los avances del conocimiento en este campo.

En España, la Estrategia del Sistema Nacional de Salud[5], mediante este enfoque integrado, sirve de punto de partida para el despliegue en las Comunidades Autónomas de los planes o programas necesarios para llevar a cabo los objetivos priorizados, es decir, de sus respectivos servicios de salud, los cuales elaboran sus planes autonómicos, programas, documentos, guías, etc. Se valoró la necesidad de delimitar correctamente poblaciones con necesidades especiales para diseñar programas de atención adecuados. Así sucedió con el llamado «paciente mental crónico», término utilizado para definir un grupo de pacientes con enfermedad mental severa de larga duración, que por la gravedad de su trastorno y el déficit de funcionamiento social, constituye un grupo de interés prioritario de servicios sanitarios y de dispositivos sociales de apoyo. Sin embargo, bajo este mismo concepto coexisten una amplia y heterogénea variabilidad de pa-

cientes con características y necesidades diferentes.

En octubre de 2005, la Comisión Europea presentó el Libro Verde de la Salud Mental[6]. Con la mira puesta en los objetivos de la Estrategia de Lisboa, se apela a la responsabilidad de los distintos sectores concernidos y se reitera la necesidad de priorizar la promoción y la prevención, la inclusión social y los sistemas de información. En 2008, el Pacto Europeo por la Salud Mental[4] promueve el acuerdo intersectorial, que aun no siendo vinculante, lo asume la Dirección General de Sanidad y Consumo de la Comisión Europea[7]. Plantea el objetivo de mejorar la conexión de las políticas con la práctica y la investigación desde un enfoque intersectorial. Especifica cinco áreas prioritarias:

- Prevención de la depresión y el suicidio.
- Salud mental en la infancia y adolescencia.
- Salud mental en el ámbito laboral.
- Salud mental en los mayores.
- Estigma y exclusión social.

La promoción y prevención de la salud mental se plantean en términos de prioridades horizontales.

En España, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud[5] se basa en la filosofía y contenidos de la mencionada Declaración de Helsinki en Salud Mental[2, 3], auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS y que fue suscrita por el ministerio en 2005. La Estrategia adopta, pues, un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como la adopción de medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos. La Estrategia constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales.

La Estrategia también incluye entre sus objetivos potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como los avances y retrocesos que se detecten en su desarrollo.

También en el ámbito español, el Real de Decreto de 1999 aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008[5] que indicaba que la atención a las drogodependencias debía ser realizada a través de los sistemas públicos de salud. El Plan Nacional sobre Drogas contempla la continuación y renovación de dicha Estrategia para el período 2009-2016[8] en el que nos hallamos.

A su vez, las diferentes Comunidades Autónomas han lanzado directrices similares. Citaremos aquí el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 que la Comunidad de Madrid[9] mantiene vigente. Una de sus publicaciones es, precisamente, una Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Otra comunidad atenta a estos desarrollos ha demostrado ser Extremadura, cuyo Servicio de Salud[10] viene publicando documentos útiles en nuestro sector. Por su parte, el *Institut Català de la Salut* ha publicado el *Programa de atención específica a los trastornos mentales severos*[11] y las *Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia*[12].

TRASTORNO MENTAL SEVERO O GRAVE

En salud mental, la palabra *cronicidad* tiene unas claras connotaciones negativas y estigmatizantes, por lo que en la literatura especializada se utiliza más recientemente el término Trastorno Mental Severo (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Ha entrañado cierta dificultad establecer criterios concretos, homogéneos y válidos que definan el trastorno mental grave y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y su prevalencia, y con ellos cuantificar y planificar unos servicios adecuados. Estudios americanos y británicos plantearon diferentes definiciones de trastorno mental grave, que por su excesiva variabilidad ofrecían prevalencias de trastorno mental grave de rango excesivamente amplio (4-88 %). Esto daba baja utilidad práctica de la aplicación de unos criterios de definición de trastorno mental grave.

Para afrontar el tema del trastorno mental grave hay que empezar por consensuar una definición, con unos criterios de inclusión, e intentar medirlos. La definición puede ser la siguiente: *los trastornos mentales graves son trastornos de larga duración que en su gravedad comportan un grado variable de discapacidad y disfunción social.* Al respecto cabe recordar que la expresión «enfermo mental crónico» se utiliza para definir un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental severa de larga duración. Para categorizar a estos pacientes se ha enfatizado unas veces el tipo de evolución que presentan, otras la edad o la duración del trastorno y otras el tipo de síntomas con que cursa la enfermedad. Como consecuencia, es posible encontrar bajo este mismo epígrafe una gama extensa y heterogénea de pacientes con características y necesidades muy diferentes. Por otro lado, existe un consenso generalizado acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario para administradores y gestores, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo.

Valga como ejemplo la amplia revisión realizada por el Grupo de Trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría[13] a partir de autores de los años 90 como Schinar, Slade y otros. El primero encontró hasta 17 definiciones de trastorno mental grave utilizadas en EE.UU. entre 1972 y 1987, que aplicadas a una misma población de 222 adultos ingresada en Filadelfia, ofrecían una prevalencia de trastorno mental grave que iba del 4 % al 88 % en función de qué definición se aplicara. Otro amplio estudio realizado en distintas regiones del Reino Unido por Slade[13] en el siglo pasado también demuestra una baja consistencia a la hora de aplicar en la práctica unos criterios de definición de trastorno mental grave.

Probablemente la definición de trastorno mental grave más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el National Institute of Mental Health de Estados Unidos en 1987[13], que incluye tres criterios fundamentales o dimensiones:

1. *Diagnóstico:* incluye los trastornos psicóticos y algunos trastornos de la personalidad; excluye psicosis orgánicas.
2. *Duración de la enfermedad y del tratamiento (cronicidad):* tiempo superior a los dos años.

3. *Presencia y grado de discapacidad:* originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medida con la GAF —la escala *Global Assesment of Functioning* de la American Psychiatric Association, 1987—, capaz de señalar una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Los diagnósticos que según dicha institución deben ser contemplados como trastorno mental grave son:

- Trastorno esquizofrénico y trastorno esquizoafectivo.
- Depresión mayor recurrente.
- Trastorno bipolar (maníaco, depresivo o mixto).
- Trastorno delirante-paranoia.
- Agorafobia con crisis de ansiedad.
- Trastorno obsesivocompulsivo.
- Trastorno límite de la personalidad.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Las categorías diagnósticas incluidas como trastorno mental grave son, en su mayoría, psicosis funcionales; se excluyen las psicosis orgánicas. La gravedad clínica implícita en estos diagnósticos considera la coexistencia de una distorsión de la realidad o un comportamiento desadaptado, atribuible a la misma enfermedad o a la falta de contención. No solo se tiene en cuenta la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado en el contexto o una afectividad inapropiada grave que implican una percepción distorsionada de la realidad. Quedan excluidas las psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años por ser susceptibles de recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos a los de salud mental.

La inclusión de los trastornos de la personalidad en el grupo de trastornos mentales graves continúa siendo objeto de discusión dada la dificultad de su diagnóstico a causa de la baja especificidad y consistencia del mismo para su identificación y de la variabilidad de curso y pronóstico de estos trastornos. Pero sabemos que algunos de estos trastornos cursan con síntomas psicóticos y graves trastornos de la conducta, que en muchos casos persisten prácticamente toda la vida. Así, los trastornos de la personalidad pueden ser muy discapacitantes y de difícil adaptación a ciertos recursos, sobre todo los residenciales. Por ello precisan servicios adaptados, con mayor ratio de personal y menor número de usuarios con este diagnóstico en los recursos. En definitiva, estos pacientes utilizan extensamente los servicios de salud mental, y la realidad es que reúnen condiciones suficientes para ser incluidos dentro del grupo del trastorno mental grave.

En cuanto a la duración de la enfermedad, se establece como criterio de evolución dos años o más, o bien deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos seis años, con abandono de roles sociales y riesgo de cronificación, aunque remitan los síntomas. El criterio de duración del trastorno intenta discriminar el grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tienen un tiempo breve de evolución y, por tanto, un pronóstico todavía no muy claro. De todos modos, los criterios del National

Institute of Mental Health[13] definen como alternativa al referido criterio los siguientes:

- Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida, por ejemplo, mediante hospitalizaciones repetidas.
- Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.

Obsérvese que la utilización, como criterio, de un período de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad obedece a que es frecuente que exista un período premórbido o incluso una fase con sintomatología activa sin tratar que resulta difícil de delimitar en el tiempo. Por tanto, forzosamente han de influir en el diagnóstico aspectos como:

- Evolución de trastorno de dos años o más.
- Deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos seis meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) aunque remitan los síntomas.
- Síntomas continuados o episódicamente recurrentes durante los dos años que cumplen estos diagnósticos.
- Criterios de gravedad clínica y de evolución crónica.

La dimensión de duración de la enfermedad es la que más debilidades conceptuales presenta, entre otras razones, porque muchas de las intervenciones son aplicables a pacientes en estadios iniciales de sus trastornos que en sentido estricto no entrarían en el concepto de trastorno mental grave. Futuras revisiones deberán dilucidar la consistencia de este importante criterio dimensional.

Por lo que se refiere a los criterios que definen la discapacidad, el primero atañe a la afectación del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, que puede ser moderada o grave. El funcionamiento social ha demostrado ser un potente predictor de la evolución futura de un paciente. Existe ya evidencia suficiente acumulada a lo largo de la pasada década que demuestra que el funcionamiento premórbido y el ajuste social tras los primeros episodios resulta ser uno de los mejores predictores de la evolución a largo plazo, tanto en lo que concierne a las variables clínicas como a las no clínicas. Como consecuencia, parece necesario utilizar parámetros de valoración del funcionamiento social que aporten información con respecto al grado de autonomía e independencia de la persona y de sus necesidades de supervisión y apoyo.

Entre los instrumentos de valoración del funcionamiento social el más utilizado es la conocida escala GAF *(Global Assessment of Functioning),* adoptada por la American Psychiatric Association en los años 80, es decir, la escala de funcionamiento global. Utiliza como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos, o el de moderado (inferior a 50) que indica importante gravedad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

Los aspectos más relevantes que deben tenerse en cuenta al evaluar la discapacidad son las competencias que enseguida se enumeran.

En general, las personas que sufren esquizofrenia presentan, en mayor o menor medida, déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar

la gravedad de la pérdida de desempeño social[14]:

- *Autocuidado:* falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables.
- *Autonomía:* deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral.
- *Autocontrol:* incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal.
- *Relaciones interpersonales:* falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.
- *Ocio y tiempo libre:* aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.
- *Funcionamiento cognitivo:* dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.

El grado de afectación (de moderado a grave) del funcionamiento personal, laboral, social y familiar que da lugar a limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida incluye al menos dos de las siguientes situaciones de forma continua o intermitente:

- Permanecer inactivo, en desempleo o con trabajo protegido, o disponer de habilidades claramente limitadas, o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital, siendo posible la necesidad de precisar apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener un sistema de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria como la gestión económica, la preparación de alimentos, la higiene personal, etc.
- Conducta social inapropiada que determina la intervención del sistema de salud mental de un país o el sistema judicial.

Estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño normalizado de roles sociales, y en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) originan riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social).

Otros factores evaluables son (Programa de trastornos mentales graves del Servicio Extremeño de Salud[10]):

- *Comorbilidad:* patología física y/o psíquica, consumo de drogas.
- *Riesgo de auto-aloagresividad.*
- *Calidad de vida* (evaluada según HoNOS).
- *Grupos de riesgo:* población marginal, inmigrantes, minorías étnicas, ancianos.
- *Situaciones de riesgo:* embarazo adolescente, embarazo, puerperio, discapacidad física, desempleo, precariedad económica, sinhogarismo, apoyo familiar insuficiente, antecedentes familiares de trastorno mental grave, convivencia familiar con trastorno mental grave, maltrato, abusos sexuales.
- *Red de apoyo familiar y social insuficiente.*
- *Tipo de demanda y grado de contacto con los servicios:* voluntaria/involun-

taria, grado de adherencia al tratamiento, intervención en crisis.

– *Complejidad de manejo:* situación legal y/o penal, incapacidad civil (tutela o curatela), protección social, minusvalía, económica.

La escala evolutiva y de calidad de vida HoNOS, disponible en el Programa de trastornos mentales graves del Servicio Extremeño de Salud, puntúa ítems de cuatro grandes secciones:

A. *Problemas conductuales:* 1. Agresividad, 2. Autoagresiones y 3. Uso de sustancias.

B. *Deterioro:* 4. Disfunción cognitiva y 5. Discapacidad física.

C. *Problemas clínicos:* 6. Depresión, 7. Alucinaciones e ideas delirantes y 8. Otros síntomas.

D. *Problemas sociales:* 9. Relaciones sociales, 10. Funcionamiento general, 11. Problemas de residencia y 12. Problemas ocupacionales.

El rango de puntuación de cada ítem va de cero a cuatro. El rango de puntuación por sección es variable (0-12, 0-8, 0-12 y 0-16) y la puntuación total puede ir de 0 a 48.

Tales esfuerzos de delimitación de la población acogida bajo la denominación de *trastorno mental grave* no evitan una enorme heterogeneidad subyacente, que abarca desde personas con largos años de institucionalización, graves limitaciones funcionales, falta de apoyo sociofamiliar y necesidades de cuidados centrados en aspectos básicos de autocuidados, protección y organización de la vida diaria... a los llamados *nuevos crónicos,* personas jóvenes, con problemas de abuso de tóxicos asociados, síntomas positivos persistentes, alteraciones de conducta, baja adherencia al tratamiento y múltiples reingresos. Entre ambos extremos hay un amplio abanico con necesidades asistenciales muy diversas y cambiantes a lo largo del ciclo vital de la persona.

La situación actual de la atención a las personas con trastorno mental grave desde la red de salud mental, según puede cotejarse en *Quaderns de salut mental n.º 1* (Programa de atención específica a los trastornos mentales severos del *Institut Català de la Salut,* 2003[11]), sería la siguiente:

– Se está produciendo un cambio organizativo y conceptual importante.

– Los servicios se van adaptando progresivamente a las nuevas necesidades.

– La situación en cada territorio puede ser muy variable.

– Hay un desconocimiento del nivel de calidad ofrecido, de la eficacia, efectividad y resultados de las acciones.

– La dificultad de coordinación y complementariedad entre servicios dificulta prestar una asistencia integral.

– La falta de recursos de rehabilitación facilita que otros recursos se conviertan en finalistas.

Salvando las distancias, lo que se decía en 2003 referido a los servicios de psiquiatría podría decirse ahora para los de drogodependencias.

TIPOLOGÍA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Podemos caracterizarla según los siguientes dos criterios.

- Según ***detección/identificación:***
  – Pacientes con trastorno mental grave conocidos y vinculados a la red.

- Pacientes conocidos y no vinculados a la red.
- Pacientes con trastorno mental grave no conocidos, es decir, los casos nuevos.

• Según ***clínica y entorno social y familiar:***

- Pacientes clínicamente estabilizados e integrados en el ámbito familiar y sociolaboral.
- Pacientes clínicamente estabilizados con apoyo familiar y necesidad de introducir una tarea de rehabilitación.
- Pacientes clínicamente estabilizados con apoyo familiar y social escaso o nulo.
- Pacientes con trastorno mental grave «crónicamente» descompensados con tendencia a la desvinculación.

Por otro lado, se realiza una cierta tipificación de los pacientes en función del grado de conocimiento en la red, de la clínica y del entorno social y familiar, lo que permite proponer acciones para la mejor intervención a los pacientes a fin de lograr los objetivos de vinculación y tratamiento.

Los pacientes con trastorno mental grave conocidos y vinculados a la red necesitan que el centro de salud mental de adultos pueda atenderlos ante reagudizaciones o crisis. La atención ha de ser inmediata y por parte de su terapeuta de referencia. Y deben ponerse en marcha los planes de rehabilitación pertinentes. En cuanto a los pacientes que, siendo conocidos, no se hallan vinculados a la red, además de la disponibilidad mencionada debe contarse con un programa de seguimiento específico que permita la vinculación a los servicios asistenciales y a la reinserción en el entorno sociofamiliar. En algunos casos deberá establecerse un programa de servicios individualizado, es decir, una gestión personalizada del caso. Y los pacientes con trastorno mental grave no conocidos, es decir, los casos nuevos, deben disponer de una puerta de entrada urgente en el circuito asistencial a través de urgencias hospitalarias, y dispositivos específicos de diagnóstico y orientación. Debe también programarse su atención preferente en el centro de salud mental de adultos (CSMA) y dar apoyo a los profesionales de otras redes implicadas, como servicios sociales y atención primaria de salud.

En cuanto a los pacientes clínicamente estabilizados e integrados en el ámbito familiar y sociolaboral, está claro que su ámbito de atención es el CSMA, con disponibilidad de recursos psicológicos, psicofarmacológicos y de apoyo a la familia. También es aconsejable la asistencia integrada, frecuente y aceptada que mejore la conciencia de enfermedad a fin de evitar desvinculaciones futuras. Los pacientes clínicamente estabilizados con apoyo familiar y necesidad de introducir una tarea de rehabilitación deben ser atendidos en el CSMA, con la disponibilidad de recursos mencionada. Hay que favorecer la vinculación al Centro de Día para que se lleve a cabo un proyecto integral que incluya paciente y familia. Debe trabajarse en aras de la incorporación a recursos comunitarios normalizados si el paciente muestra capacidades. Es importante que el paciente perciba la estrecha relación entre los profesionales que intervienen. En los pacientes clínicamente estabilizados con apoyo familiar y social escaso o nulo, la intervención en el CSMA solo puede ser eficaz si se cuenta con equipamientos terciarios de apoyo, como pisos asistidos, comunidades de rehabilitación y centros especiales de trabajo. De no existir estos, se favorece la desvinculación del CSMA y la utilización de otros equipamientos sustitutivos, como

por ejemplo, las unidades de subagudos. Y en cuanto a los pacientes con trastorno mental grave «crónicamente» descompensados con tendencia a la desvinculación, puede decirse que quizá puntualmente se atienden en el CSMA, pero se necesita una tarea continuada de coordinación de los diferentes equipamientos para favorecer la coherencia de las intervenciones y la estabilización clínica de los pacientes, que son los que más precisan planes de servicios individualizados, es decir, gestión personalizada de su caso.

Esta categorización de los pacientes ha permitido ir adaptando recursos a necesidades. En estos relativamente pocos años, se han ido implementando recursos, guías, carteras de servicios, programas, intervenciones, acciones... Hay que admitir que el campo de las adicciones es una «especialidad» más joven y de menor relevancia numérica que el de la salud mental. Al mismo tiempo, debe reconocerse que las administraciones públicas vienen publicando directrices en relación al tema[8, 9, 10, 11, 12], y por ejemplo, el *Institut Català de la Salut* lo refleja en su Plan de Servicios Individualizado *(case management)* y en la Cartera de servicios de atención a las familias de personas con trastorno mental grave y/o dependencia de sustancias. Otro ejemplo es la Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves y la Guía para el desarrollo de programas de empleo con apoyo para personas con trastorno mental grave y los Programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. También hay una revisión actualizada de los Modelos de Intervención, todos ellos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La preocupación por el suicidio como causa de muerte evitable ha llevado a las administraciones a publicar, por ejemplo, una Guía para familiares (Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental[9]), o bien La depresión se puede curar[9]. Existe también la *European Alliance Against Depression,* con esta misma misión[15].

Ni que decir tiene que las publicaciones especializadas se vienen haciendo eco de esta temática, con artículos sobre el envejecimiento en personas con trastorno mental grave o sobre la efectividad de la atención domiciliaria de enfermería administrada a pacientes con trastorno mental grave, según ensayo clínico controlado.

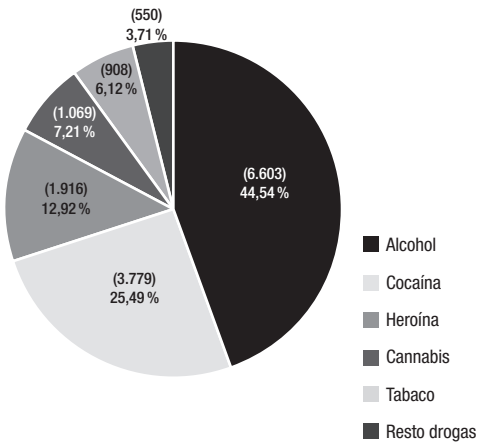
Nunca se enfatizará lo bastante la relevancia de la continuidad de cuidados. Es un contínuum que (desde la presencia de patología mental) debe contemplar, según el Programa de trastornos mentales graves del Servicio Extremeño de Salud[10], el tratamiento psicofarmacológico, psicoterapia, intervención en crisis, hospitalización breve y hospitalización parcial (hospital de día). En presencia de mayor gravedad, deberá poder disponerse de hospitalización de rehabilitación y rehabilitación psicosocial. Con un grado creciente de gravedad habrá que ofrecer apoyo a la inserción laboral, alojamiento y defensa de los derechos, con tutela o curatela si se viera preciso. Y ya en los casos de franca dependencia, los enfermos deberán poder acogerse al acceso a prestaciones sociales generales.

Y QUÉ SUCEDE EN LA RED DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS

Es evidente que en la red de atención a drogodependencias suceden cosas, a veces no suficientemente reflejadas. Aún prima demasiado el enfoque cuantitativo sobre el cualitativo. Y todavía son excesivas las diferencias interterritoriales y los

GRÁFICO I

Porcentaje de casos según sustancia consumida en la red de atención a drogodependencias catalana



diferentes grados de integración entre los recursos. Pero, en fin, sabemos que en 2009[16] los centros de la red de atención a drogodependencias, XAD en siglas catalanas, notificaron un total de 14.825 inicios de tratamiento ambulatorio por consumo de drogas, principalmente de alcohol, 44,5 %, cocaína, 25,5 %, heroína, 12,9 %, tabaco, 6,1 % y los derivados del cannabis, 7,2 %. Esto supuso un incremento respecto al año anterior, debido a que van mejorando los procesos de notificación y también por el aumento de la actividad asistencial de los centros de la XAD, que también declararon un total de 477.342 visitas individuales, 78.921 asistencias de pacientes a grupos terapéuticos, 9.215 asistencias a grupos de discusión y apoyo a familias de drogodependientes, 6.202 desintoxicaciones

GRÁFICO II

Evolución del número de casos activos de mantenimiento con metadona en Cataluña desde 1994 hasta 2009

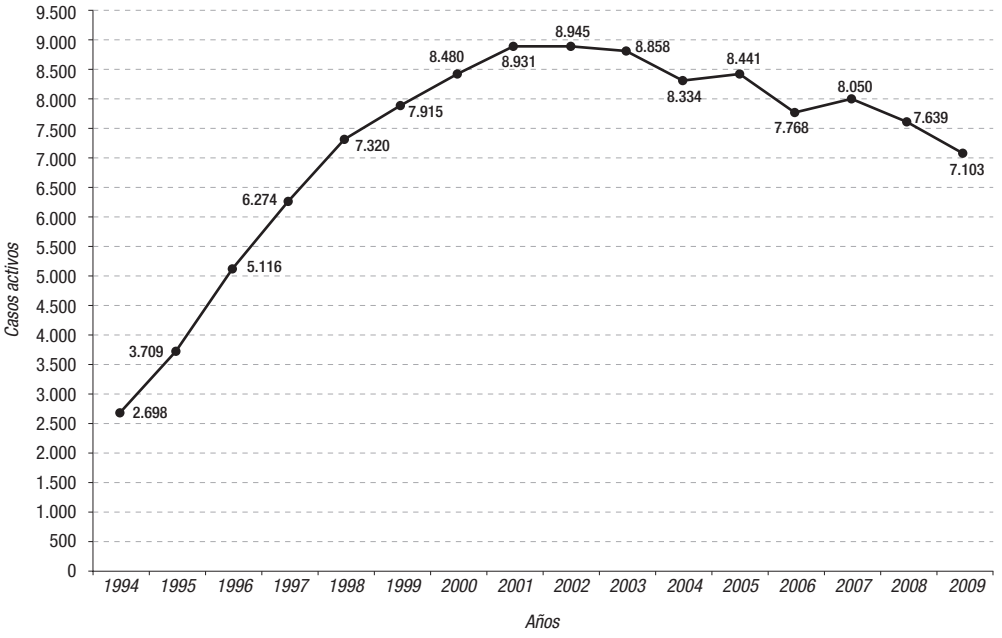


GRÁFICO III

Actividad mensual de los ambulatorios de drogodependencias en Cataluña desde 1997 hasta 2009

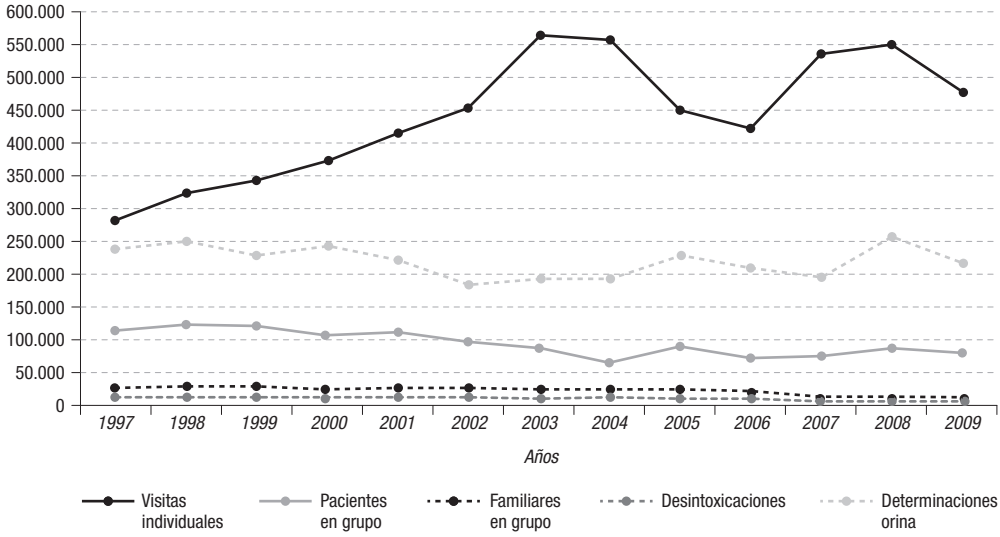
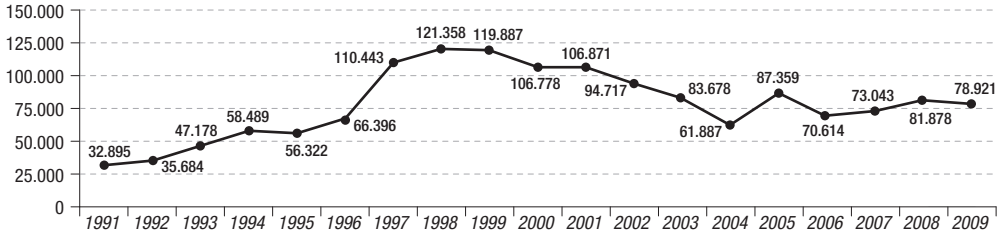


GRÁFICO IV

Evolución del número de asistencias de pacientes a terapia de grupo en Cataluña desde 1991 hasta 2009



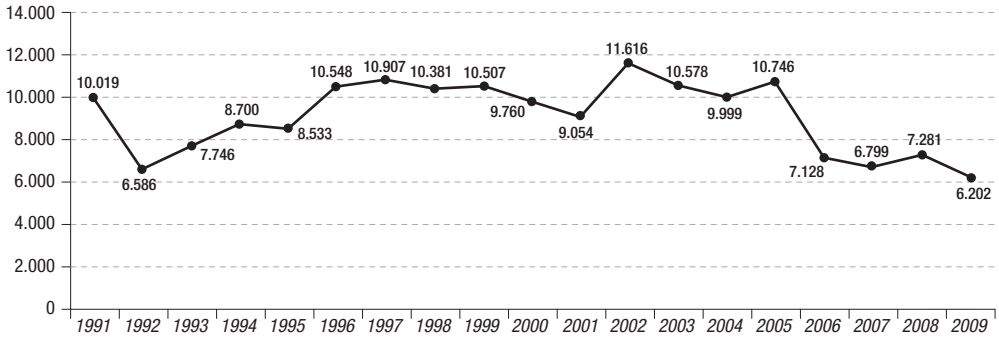
ambulatorias y 213.829 determinaciones analíticas de drogas en orina. Al finalizar dicho año había un total de 8.800 personas en tratamiento de mantenimiento con metadona, principalmente en los centros ambulatorios de la XAD (63,4 % de los casos en tratamiento) pero también en centros específicos de dispensación, centros penitenciarios y oficinas de farmacia.

Seguidamente se muestran una serie de gráficos que ilustran la evolución de este tipo de datos.

En relación al gráfico I debe decirse que el diagnóstico por sustancias no consigue captar suficientemente la realidad clínica. Como alternativa, muchos autores consideran que el intento más sólido formulado para evaluar la gravedad de la adicción procede del equipo de McLe-

GRÁFICO V

Evolución del número de desintoxicaciones ambulatorias en Cataluña desde 1991 hasta 2009



llan en Filadelfia, que hace algunos años diseñó el *Addiction Severity Index*[17], validado para nuestra población como EuropASI[18]. En estos momentos en que la gestión clínica toma cada vez mayor relevancia, resultan imprescindibles medidas pragmáticas que permitan evaluar tanto la intensidad como la gravedad clínica así como la necesidad de cuidados y tratamientos para nuestros pacientes. Hay que disponer de instrumentos clínicos de cribado. Los pacientes drogodependientes presentan perfiles clínicos muy diversos, por la diversidad de las drogas de abuso, las patologías asociadas (de salud mental o salud general), las complicaciones sociales (marginalidad, conflictividad legal). Esta complejidad lleva a intentar definir unos parámetros de clasificación, ya que diferentes pacientes pueden tener una atención y unos recursos claramente superiores al resto de enfermos. La tipificación nos permitirá un mejor abordaje terapéutico de los pacientes que, por su gravedad, tienen más riesgo de quedar excluidos del sistema sanitario con consecuencias para el propio sujeto y la sociedad (gráficos II a V).

Hay que reconocer, que a pesar de los cambios favorables en la percepción social de las adicciones experimentada en los últimos años, muchos profesionales del sistema sanitario todavía mantienen un importante número de prejuicios y estereotipos frente a los sujetos afectados.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Antes de hablar de la enfermedad adictiva grave como subconjunto de los trastornos mentales graves, vale la pena revisar someramente algunos datos epidemiológicos de estos últimos. Los estudios que han tratado de hacer una estimación de prevalencia o incidencia del trastorno mental grave se han tenido que enfrentar a la polisemia de este término y, por tanto, a la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño. En diferentes estudios[13] se daba cuenta de la poca consistencia de la definición del trastorno mental grave en términos prácticos. Otra de las dificultades encontradas a la hora de obtener una estimación cuantitativa de esta población es la metodología utilizada para su identificación.

Los estudios que actualmente pueden

considerarse más significativos son los que en los 90 realizaron Thornicrof en Londres y Tansella en Verona, según la excelente revisión coordinada por Cristina Gisbert[19]. Han sido llevados a cabo con distintos criterios. El primero estudió población general (estudio PRISM) y el segundo, población atendida, es decir, en contacto con los servicios, siendo pues índices de prevalencia estimada y registrada respectivamente, por lo que las cifras no son comparables. En nuestro país se han realizado también estimaciones tomando como base algunos estudios epidemiológicos comunitarios, por ejemplo el de Santiago, en 1998[19] y registros de pacientes psicóticos realizados en determinadas áreas geográficas. A este respecto, cabe destacar el que se está realizando en el área de Granada Sur (400.000 habitantes) sobre un registro de pacientes psicóticos[19].

Tomando los dos estudios de referencia, el de Verona halla una prevalencia anual de psicosis de 3,41/1.000 habitantes, similar a la obtenida en otros estudios realizados previamente en Italia y otros estudios americanos. El estudio de Londres encuentra una prevalencia anual de psicosis de 7,84/1.000 habitantes, similar también a otros estudios realizados previamente en ese país, y que también es congruente con otro estudio de morbilidad psiquiátrica realizado en el Reino Unido que obtiene una prevalencia de 2,0 a 9,0/1.000 habitantes[19]. En los estudios comunitarios españoles, la prevalencia de esquizofrenia y otras psicosis no afectivas muestra un rango entre 0,5 y 1,1/100 habitantes.

Si se aplican los tres criterios dimensionales de trastorno mental grave (diagnóstico de psicosis funcional, más de dos años de duración del tratamiento y disfunción severa en el funcionamiento social durante el último mes), la prevalencia que se obtiene oscila entre 2,55/1.000 habitantes en el estudio de Londres y 1,34/1.000 habitantes en el de Verona, diferencia importante si bien hay que tener en cuenta que los resultados del estudio de Londres se refieren a prevalencia estimada mientras que los del estudio de Verona se refieren a prevalencia tratada. El 31 % de los trastornos psicóticos del estudio de Londres y el 40 % de los de Verona pueden considerarse trastornos mentales graves aplicando tales criterios.

Del total de pacientes atendidos en Verona, según se apliquen tres (o tan solo dos) de los criterios de trastorno mental grave, resulta la prevalencia siguiente:

- Con dos criterios de trastorno mental grave: 2,33/1.000 habitantes.
- Con tres criterios de trastorno mental grave: 1,34/1.000 habitantes.

Si se excluyen las psicosis, la prevalencia de trastornos mentales atendidos en Verona es de 11,42/1.000 habitantes. Si se aplican dos de los criterios de trastorno mental grave resulta una prevalencia de 0,98/1.000 habitantes, lo que equivale a decir que el 9 % de la población atendida no psicótica cumple al menos dos criterios de trastorno mental grave. Si se toman como referencia los estudios mencionados y los tres criterios de consenso del trastorno mental grave, podemos establecer que:

- El 40 % de los trastornos psicóticos cumplen criterios de trastorno mental grave.
- Y el 9 % de los trastornos no psicóticos atendidos cumple asimismo dichos criterios.

En resumen: la prevalencia del trastorno mental grave es del 0,1 al 0,3 % de la población. Para Cataluña equivale a establecer que entre 7.565 y 22.695 personas lo aquejan.

ENFERMEDAD ADICTIVA GRAVE

La definición de *enfermedad adictiva grave* debe tener en cuenta estos cuatro componentes:

1. *Área de sustancias de abuso:* consumo de drogas.

   Deben contemplarse aquí dos criterios:

   – Policonsumo de tres o más sustancias diferentes, exceptuando tabaco.

   – O bien polidependencia, con adicción a dos o más sustancias diferentes, exceptuando el tabaco.

2. *Área de otros trastornos mentales:* comorbilidad.

   En este área los criterios a tener en cuenta corresponden al trastorno mental grave más arriba descrito:

   – Trastorno esquizofrénico.

   – Trastorno esquizoafectivo.

   – Trastorno bipolar.

   – Estado paranoide.

   – Depresión mayor.

   – Trastorno obsesivocompulsivo.

   – Trastorno grave de la personalidad.

   – Algunos casos de crisis de ansiedad con agorafobia.

   – Retraso mental o trastorno mental orgánico.

3. *Área de comorbilidad somática.*

   Para evaluar la comorbilidad somática se utilizará la escala Índice Acumulativo de Enfermedad, en su versión adaptada a toxicomanías.

4. *Área social:* conflictividad.

   Para evaluar las repercusiones psicosociales se puede usar la escala GAF ya mencionada, introducida por la APA en el DSM-III-R en 1987 y ampliamente utilizada. El criterio recomendado es considerar grave una puntuación por debajo de 50.

La categorización de la gravedad de los pacientes puede permitir atender mejor sus necesidades. La patología dual debe considerarse dentro de las patologías mentales graves, por su elevada gravedad clínica y social, y su resistencia a los tratamientos convencionales. Incluye a un grupo de pacientes con una mala evolución, mala calidad de vida, elevada mortalidad, morbilidad y consumo elevado de recursos sanitarios y sociales.

ÍNDICE ACUMULATIVO DE ENFERMEDAD

Validado para nuestra población por Castillo y cols.[20], este índice consta de una parrilla evolutiva en la que se registra la puntuación en los meses 1, 3, 6, 12, 18, 24 y 36. Se efectúa por aparatos.

– *Cardiorrespiratorio:* cardíaco (solo corazón), vascular (sangre, vasos, células, médula, bazo) y respiratorio (pulmones, bronquios, tráquea); otorrinolaringológico y oftalmológico (faringolaringe, nariz, oído y ojos).

– *Digestivo:* gastrointestinal alto (orofaringe, estómago, duodeno, vías biliares y páncreas), gastrointestinal bajo (intestino, hernias) e hígado (incluye valoración del virus de la hepatitis B y C).

– *Genitourinario:* renal (solo riñón) y genitourinario (uréteres, vejiga, uretra, próstata, genitales externos e internos).

– *Musculoesquelético:* muscular y dermatológico.

– *Neuropsiquiátrico:* neurológico (cerebro, médula y nervios), psiquiátrico

(diagnósticos psiquiátricos con exclusión de trastorno de la personalidad) y alcohol-toxicomanías (abstinente más de seis meses = 2, abstinente menos de seis meses = 3).

– *Y otros:* infección endocrino-metabólica (p. ej. diabetes, lúes, infecciones oportunistas) y VIH (sida puntúa 3 o 4, infecciones VIH no sida puntúan 2 o 3).

Debe registrarse también:

– Número total de categorías incluidas.
– Puntuación total.
– Índice de gravedad (puntuación total / n.º total de categorías incluidas).
– Número de categorías con gravedad de nivel 3.
– Número de categorías con gravedad de nivel 4.

Criterios de puntuación

0. *No hay afectación* en este órgano/sistema.

1. *Afección leve* que no interfiere en la actividad normal; tratamiento no absolutamente necesario; pronóstico claramente favorable (ej.: lesiones dérmicas, hemorroides, adenopatías, candidiasis oral, herpes simple).

2. *Afección moderada* que interfiere en la actividad normal; tratamiento necesario; pronóstico bueno (ej.: litiasis biliar, diabetes, fracturas, tuberculosis pulmonar, candidiasis esofágica, enfermedades de transmisión sexual, herpes zóster).

3. *Afección grave,* incapacidad y tratamiento necesario con urgencia; pronóstico reservado (ej.: carcinoma resecable, enfisema pulmonar, endocarditis).

4. *Afección extremadamente grave* con peligro de muerte; tratamiento en estudio o no disponible; pronóstico grave (ej.: infarto de miocardio reciente, accidente cerebrovascular, hemorragia gastrointestinal, embolia).

Criterios de enfermedad adictiva grave

Se deben reunir criterios en el área de drogas (criterio 1), además de diagnóstico de trastorno mental o diagnóstico en comorbilidad somática (criterio 2 o 3) y en el área social (criterio 4).

- *Criterio 1*
  - Policonsumo de tres o más sustancias.
  - O bien polidependencia de dos o más sustancias.
- *Criterio 2 o bien 3*
  - Trastorno mental grave.
  - O bien Índice Acumulativo de Enfermedad.
- *Criterio 4*
  - GAF < 50.

Finalmente, quisiéramos comentar que, en los últimos años, se ha avanzado en el intento de considerar la patología dual dentro de las patologías mentales graves, por su elevada complejidad clínica y social, resistencia a los tratamientos convencionales y consumo elevado de recursos sanitarios y sociales. Su alta prevalencia incluiría a un elevado número de pacientes adictos a sustancias, pero no a todos los que todavía presentan ciertas dificultades para su atención en ámbitos de salud mental.

Instrumentos adecuadamente validados como el mencionado para la medición de la gravedad de adicción, pue-

den tener utilidad para la tipificación de la población drogodependiente similar a la que en su momento representó la definición de trastorno mental grave en cuanto a necesidades de atención y recursos requeridos como reiteramos en este escrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. «Facing the Challenges, Building Solutions». Helsinki, Finland; 12-15 January 2005.
3. Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental. Declaración Europea de Salud Mental. Helsinki, Finlandia; 12-15 de enero de 2005.
4. European Pact for Mental Health and Well-being. EU high-level conference «Together for Mental Health and Well-being». Brussels, Belgium; 13 June 2008.
5. Centro de Publicaciones. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2011. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
6. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, Bélgica; 2005.
7. WHO Europe. «Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges». Viena; 2008.
8. Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
9. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Madrid, SaludMadrid; 2010.
10. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012. Hacia una Salud Mental Positiva. Cáceres, Junta de Extremadura; 2007.
11. Departament de Salut. Programa d'atenció específica als trastorns mentals severs. Barcelona, Generalitat de Catalunya; 2003.
12. Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. Recomanacions per a l'Atenció de Trastorns Mentals Greus en la Infància i l'Adolescència. Institut Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2003.
13. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y recomendaciones. Madrid, Cuadernos Técnicos 6; 2002.
14. Blanco A, Pastor A. Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. En Rodríguez A (Ed): Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid, Pirámide; 1997.
15. European Alliance Against Depression. Madrid Declaration. Searching for a Coordinated European-wide Effort in Mental Health Research. Madrid, Spain; October 30th 2009.
16. Departament de Salut. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i adiccions. Barcelona, Generalitat de Catalunya; 2010.

17. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. Journal of Substance Abuse Treatment 1992;9(3):199-213.

18. Bobes J, Bascarán MT, Bobes-Bascarán MT, Carballo JL, Díaz Mesa EM, Flórez G et al. Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2007.

19. Gisbert Aguilar C (Coord). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003.

20. Castillo C, Bulbena A, Serras E, Torrens M, López-Colomés JL, Martínez MA, Politinska B. Medical assessment in drug addicts: reliability and validity of the Cumulative Illness Rating Scale (Substance Abuse version). European Addiction Research 2004;10(3):112-7.

UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL Y CAS BENITO MENNI: ENSEÑANZAS TRAS DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA

JOSEP SOLÉ PUIG
Psiquiatra. Coordinador. Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Sant Boi de Llobregat.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

La creación dentro de Benito Menni CASM, en Sant Boi, de la Unidad de Patología Dual en 2003 —por tanto, se han cumplido diez años cuando ve la luz esta publicación— y del adyacente Centro de Atención y Seguimiento de drogodependencias en 2006 plasmó, una vez más, el esfuerzo sostenido que la institución viene llevando a cabo desde hace décadas de mejorar la asistencia sanitaria y social a los más desfavorecidos. La atención en salud mental, históricamente marginada de la sanidad pública, es desde siempre el objetivo primordial de Benito Menni CASM y, en general, de Hermanas Hospitalarias. En los últimos decenios, además, esta trayectoria se enmarca en el contexto de los cambios producidos en la atención a la población afectada y a la gestión de los recursos a ella dedicados. Estamos asistiendo a una reestructuración necesaria de la salud mental como servicio público, y estamos viendo el alcance con que se están redimensionando las instalaciones y prestaciones para los usuarios.

Las enseñanzas que podemos extraer de esta década de experiencias del área de adicciones de Benito Menni CASM en Sant Boi son variadas, pero cabe sintetizarlas en una serie de nociones relevantes que ocupan esta aportación al presente monográfico de *Informaciones Psiquiátricas*. La Unidad de Patología Dual (UPD) y el Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias están estrechamente relacionados tanto desde el punto de vista del personal como, sobre todo, de la patología diana compartida, las adicciones. El nexo del *staff* es el siguiente: el psiquiatra coordinador y la supervisora de enfermería comparten sus funciones en ambos servicios. Además, el primero y el psiquiatra adjunto de la UPD visitan puntualmente pacientes en el CAS, la psicóloga de la Unidad también lleva allí grupos de terapia, y los médicos del CAS visitan también puntualmente a enfermos ingresados en la UPD. Pero es evidente que lo que importa en esta **interconexión** es el común denominador de las adicciones y el contexto

comórbido con que suelen presentarse. Es así como la UPD y el CAS de Sant Boi conforman un área funcional especializada en drogodependencias y diagnóstico dual, es decir, un ámbito sanitario que, desde el punto de vista social, puede ser perfectamente calificable de crítico y sensible y que por eso mismo merece el enfoque integrador de las IV Jornadas de Patología Dual, con el título *¿Red o redes? De la conexión a la integración.*

LA PRÁCTICA DE TRATAR Y COORDINARSE

A estas alturas, nadie duda de que debe verse la atención a la salud mental y las adicciones como uno de los ejes fundamentales de la necesaria integración de esfuerzos en el campo sanitario y social[1]. En esta perspectiva de normalización e innovación, la UPD y el CAS Benito Menni son dos elementos clave en la red de redes: salud mental de adultos, salud mental infantojuvenil, drogodependencias, atención primaria de salud... Sin olvidar recursos fundamentales y especializados en adicciones como son las comunidades terapéuticas, los pisos de reinserción y los centros de día, red que en Cataluña depende del Departamento de Bienestar Social y no del de Salud. La coordinación de estas redes la lleva a cabo el CAS como ambulatorio especializado en adicciones y salud mental, y la UPD, por supuesto. Y esta última no lo hace por hospitalocentrismo, sino por su rol interconector de redes, que le es sustancial y que abarca todo el territorio catalán. Así pues, ambos servicios coordinan e interconectan redes y múltiples recursos dependientes de los dos departamentos administrativos mencionados.

UPD y CAS Benito Menni se inscriben en la voluntad institucional de Benito Menni CASM de orientarse hacia la **calidad** y la ambición de dar respuesta a las necesidades sanitarias —y también sociales, laborales, educativas— de las personas con problemas de salud mental y sus familiares. La sociedad demanda prestaciones del máximo nivel: espera soluciones técnicas óptimas, trato humano personalizado y que sus derechos estén garantizados. La sociedad espera también que los más vulnerables —discapacitados intelectuales, personas sin hogar, menores de edad, ancianos, inmigrantes, consumidores de sustancias psicótropas— no queden excluidos. El desafío es que el trabajo asistencial tienda a la excelencia, y esto significa promover la detección precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los enfermos y la coordinación efectiva con el resto de recursos implicados a fin de asegurar la necesaria complementariedad y continuidad asistenciales, promover la participación de los afectados —los pacientes, las asociaciones de familiares— y ser receptivos a sus demandas, abogar por los derechos irrenunciables de los afectados —a la confidencialidad, a la dignidad de la persona— y, en fin, luchar contra el estigma de la enfermedad mental y la discriminación.

Ello significa que hay que seguir con el esfuerzo de definir e implantar programas de intervención sanitaria y social con el objetivo de **prevenir la exclusión** de la población afectada, y que hay que concretar medidas que garanticen el éxito de los procesos de rehabilitación y reinserción comunitaria. Los diversos servicios de atención a todas las personas afectadas deben buscar la complementariedad mutua y la coordinación entre sí. La meta que la integración de redes supone debe tender a garantizar la atención personal, integral y continua de los usuarios, permanentemente adaptada a sus necesidades cambiantes. Las redes sanitaria general y de salud mental y adiccio-

nes —aquí también debiera incluirse la red de comunidades terapéuticas, pisos de reinserción y centros de día que dependen del Departamento de Bienestar Social— tienen que continuar en su acercamiento. Una concreción clara es consolidar las pautas de colaboración establecidas con la atención primaria de salud. Lo favorece la experiencia de dispositivos que, como el área de adicciones de Benito Menni CASM en Sant Boi, conectan desde hace años las redes de drogodependencias y de salud mental de adultos y también infantojuvenil por parte del CAS. Ni que decir tiene que, en esta perspectiva común, **valores** como son los de equidad, accesibilidad y continuidad asistencial siguen plenamente vigentes.

La elección de los tratamientos que los afectados por el consumo de sustancias requieren se ha basado generalmente en la experiencia clínica, teniendo en cuenta el tipo y gravedad de la adicción, la presencia o ausencia de politoxicomanía, la presencia o ausencia de problemas médicos o psiquiátricos asociados, y los condicionantes culturales o socioeconómicos[2, 3, 4]. La decisión de derivar a un paciente a tratamiento hospitalario debe hacerse de forma individualizada, evidentemente. En general, este es un tipo de tratamiento de indicación en presencia de problemas médicos y/o psiquiátricos importantes asociados a complicaciones actuales o inminentes: depresión con ideación suicida, síntomas de abstinencia graves actual o anticipada, particularmente tras uso prolongado e intenso de depresores centrales; múltiples intentos previos de tratamiento ambulatorio que hayan fracasado, ausencia de un apoyo familiar o social apropiado para la abstinencia, y elevada cronicidad y adicción grave con policonsumo. El tratamiento de ingreso puede tener el único objetivo de la desintoxicación, a la que seguirá el tratamiento ambulatorio. De forma alternativa, hay que valorar un programa de ingreso hospitalario más extenso y de mayor duración en pacientes que manifiestan una gran negación de su problema, en adictos graves que tengan trastornos físicos o mentales concomitantes, o incluso en algunos casos en que hayan recaído rápidamente después de haber sido desintoxicados.

ORIENTAR AL CAMBIO

Los terapeutas expertos en adicciones suelen dirigir la entrevista con el paciente hacia la exploración de qué sustancias consume y cómo lo hace. Y lo que busca el terapeuta en este ámbito es, desde el primer momento, ayudar al afectado hacia el cambio de conducta. No podría ser de otra forma, ya que sufrir trastorno adictivo es permanecer anclado en hábitos de conducta y pensamiento, y salir de ello es abandonar comportamientos de consumo e incorporar conductas más saludables: es cambiar. Hay acuerdo en que la **pericia en el tratamiento psicosocial** de las adicciones debería generalizarse hasta constituirse de aplicación cotidiana en salud mental y adicciones, de la misma manera que lo es la desintoxicación y el cuidado de las posibles complicaciones.

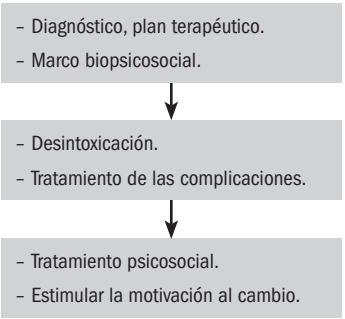
También hay acuerdo en que el terapeuta, a fin de ayudar al paciente, tiene que saber hacer **intervenciones breves,** con evidencias de ser eficientes en alcoholismo. Los varones que beben 30 gramos de alcohol al día o las mujeres que beben 20 gramos de alcohol al día deberían recibir psicoeducación breve, con advertencias sobre el riesgo inherente a rebasarse dichas cantidades. Y la persona dependiente de sustancias debería recibir el mensaje sobre la necesidad de respetar la abstinencia estable a lo largo de la vida. Como ocurre con el resto de sustan-

cias de abuso, se considera que es factible calibrar el grado de gravedad del consumo, aunque no se hayan llegado a consensuar parámetros como en el caso del alcohol. De todos modos, es evidente que quien tiene problemas relevantes en relación a heroína, cocaína, cannabis, derivados anfetamínicos o benzodiacepinas más le vale que reciba consignas terapéuticas de abstinencia indefinida. Al fin y al cabo, esta es la única solución que, por ejemplo, los exfumadores de tabaco reconocen que les ha ido bien. En el ámbito de la salud mental, en definitiva, es necesario que quienes ofrecen tratamiento sean capaces de mostrar a diario el máximo nivel de competencia en trastornos adictivos, dada su gran prevalencia e incidencia.

Los enfermos que lo son predominantemente por uso de sustancias ya se sabe que reciben hospitalizaciones frecuentes, tanto en hospitales generales —según John[5], el 90 % de los ingresos de los alcohólicos es en hospitales generales— como en hospitales psiquiátricos. Los pacientes se benefician entonces de una desintoxicación caracterizada por la ventaja de la contención hospitalaria. La desintoxicación de alcohol y de otras sustancias continúa siendo la medida terapéutica básica, tanto la efectuada en régimen hospitalario como ambulatorio. Es indiscutible que los profesionales implicados en la desintoxicación tienen el *know-how* requerido. Conocen las complicaciones que suelen afectar a los enfermos consumidores y las afrontan con medidas apropiadas. Pero actualmente se pide que también tengan explícitamente en cuenta la motivación al cambio y que traten de ayudar a los enfermos en este sentido[6]. Este plus de **implicación profesional** es el que marca la diferencia entre una atención convencional y la promoción de la salud entre los consumidores de sustancias. La idea es reconocer que *refractariedad* y *recurrencia* forman parte del núcleo de los trastornos por uso de sustancias y que, por tanto, no se puede justificar ningún sentimiento de nihilismo terapéutico ni de rechazo más o menos manifiesto por parte del terapeuta. Al contrario, la dificultad del desafío tiene que espolearlo una y otra vez en su día a día clínico, le debe llevar a la formación continua y a la adquisición de actitudes terapéuticas contrastadas por la evidencia científica; por ejemplo, la estimulación de la motivación al cambio.

La figura 1 pretende esquematizar el proceso hasta ahora descrito.

FIGURA 1
Esquema del proceso



El profesional de la salud que es competente en trastornos por uso de sustancias va más allá de la desintoxicación y continúa ayudando al enfermo con intervenciones breves. Son intervenciones con suficientes contenidos psicoeducativos y que, sobre todo, pretenden despertar la motivación hacia el cambio. Requieren *mano izquierda* y *sentido de la oportunidad*, y esto es algo que no puedan adquirir, desarrollar y perfeccionar la mayoría de profesionales de la atención sanitaria y social. La ayuda más allá de la desintoxicación también es favorecer que los pacientes no abandonen las redes

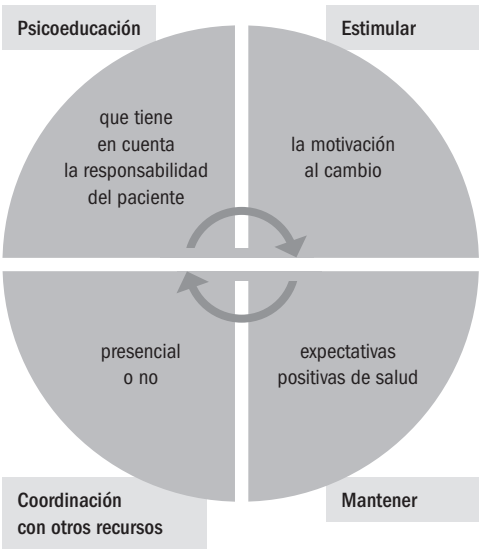
de salud y bienestar social, es decir, favorecer la retención asistencial. Esto significa conocer recursos y ser proactivo a la hora de la comunicación y la coordinación con interlocutores de la red sanitaria y social, es decir, con otros hospitales y ambulatorios, o bien con hospitales de día o servicios de rehabilitación comunitarios/centros de día, etc. En definitiva, es querer ser consecuente con la **prevención secundaria** y profundizar en ella, idea que no debería resultar extraña a nadie.

La figura 2 pretende resumir cuatro aspectos centrales del tratamiento en adicciones.

Es compleja, por tanto, la realidad y el tratamiento de las drogodependencias, y esto es algo que debe reflejarse necesariamente en la manera de trabajar de los equipos de salud mental y adicciones. Tienen que llenar de contenido los esquemas y protocolos operativos de manera siempre personalizada[7] y en el contexto de la cooperación del propio equipo y de los equipos con los que se necesita coordinación. El objetivo es siempre otorgar el mejor servicio posible a los destinatarios de la atención prestada.

FIGURA 2

Aspectos centrales del tratamiento en adicciones



ACERCAR Y RETENER A LOS PACIENTES

Que quienes aquejan trastornos adictivos tengan accesibilidad al medio sanitario es fundamental, puesto que los problemas por uso de sustancias suele convertirse en una enfermedad grave y recidivante. Favorecer el acceso significa maximizar el acercamiento de los pacientes a los dispositivos sanitarios y minimizar obstáculos al cumplimiento terapéutico.

Evidentemente, nunca hay que penalizar a los usuarios que no pueden o no quieren renunciar al consumo de sustancias, ni a quienes hayan recaído después de uno o más intentos de deshabituación. Son objetivos terapéuticos absolutos los paliativos, definidos de **reducción de daños** en el ámbito de adicciones y salud mental: reducir morbimortalidad y minimizar el deterioro orgánico —infecciones por VIH, tuberculosis...— y psicosocial —trastornos mentales, disfunciones familiares...—. Para el caso de los inyectores de heroína se halla indicado expandir el tratamiento de sustitución y mantenimiento con metadona, acercar precozmente a los pacientes a los dispositivos y tratar de retenerlos, y en la población más afectada, considerar la supervisión del consumo inyectado en un ambiente aséptico y profesionalizado como son las salas de consumo de drogas/de venopunción. Con las medidas de reducción de daños, de primera indicación desde hace décadas, se ha logrado reducir la incidencia de infecciones por virus como el de la inmunodeficiencia humana, VIH,

y el de la hepatitis B, VHB, y por bacterias como la de la tuberculosis. Hay que trasladar a la sociedad que, gracias al enfoque de la reducción de daños, se ha reducido el número de agujas y jeringas desechadas en los espacios públicos y también la delincuencia asociada.

El objetivo es aquí desactivar movimientos vecinales como los surgidos en años recientes en contra de las salas de venopunción. También debe destacarse que en años recientes, el CAS Benito Menni y demás ambulatorios especializados en adicciones del territorio catalán han secundado la iniciativa de la *Subdirecció General de Drogodependències* de impartir talleres de inyección del antagonista naloxona a personas próximas a inyectores de heroína, con lo que se han podido reducir muertes por sobredosis. No es equitativo, en este contexto de tratamiento paliativo internacionalmente asentado[8], poner obstáculos a consumidores de sustancias al acceso a las soluciones y recursos que el sistema sanitario ofrece.

Y hay que decir alto y claro que *es estigmatizador no aprovechar las oportunidades de acercamiento y retención* a cuantos recursos dedica la sociedad a sus miembros con problemas de salud. En salud mental y adicciones, en suma, todas estas aseveraciones deben ser contempladas como puntos básicos que aspiran a reducir daños y que integran actuaciones ya consolidadas, tanto preventivas como terapéuticas, de salud pública.

DIEZ PRINCIPIOS BÁSICOS DE COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN

Tras diez años de funcionamiento, la experiencia del área de adicciones de Benito Menni CASM en Sant Boi permite resumir en diez puntos los siguientes principios, en los que coordinación e integración forman parte del núcleo terapéutico:

1. El tratamiento tiene que ser eficiente —eficaz, efectivo (práctico) y al mismo tiempo económicamente sostenible[9]— y debe efectuarse por consenso con los usuarios. El objetivo es dar asistencia a los trastornos mentales adictivos y no adictivos y ofrecer, como mínimo, tratamiento de apoyo sin prejuicios, con **acuerdos** terapéuticos en relación a la familia, el trabajo y el acceso a otros recursos sanitarios y sociales. Por tanto, ya en este primer punto se enfatiza la relevancia, no solo de los acuerdos con los usuarios, sino de la coordinación entre los profesionales de la asistencia.

2. Garantizar el tratamiento integrador —que integra farmacoterapia con psicoterapias basadas en la evidencia científica— e íntegro en sus dos acepciones de entero y éticamente consistente, es decir, basado en valores. Tanto en el CAS (como ambulatorio especializado de salud mental y adicciones), cuanto en la UPD (como dispositivo de hospitalización de salud mental de agudos), se prescriben, según indicación en cada paciente, medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, tranquilizantes, anticonvulsivantes y litio[10]. Son servicios cuya misión es prestar tratamiento específico a las personas que aquejan al mismo tiempo trastorno mental adictivo, es decir, por uso de sustancias, y trastorno mental no adictivo, que puede ser grave: por ejemplo, un trastorno de la conducta alimentaria, además de los diagnósticos de trastorno mental severo que enseguida nos vienen en mente: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastor-

no bipolar, depresión grave, trastorno obsesivocompulsivo, crisis de pánico, angustia grave con o sin agorafobia, y los trastornos de la personalidad de tipo límite, antisocial y narcisista. Debe integrarse el **tratamiento farmacológico** que requieren estos trastornos de una gravedad potencialmente extrema con **medidas psicosociales** específicas: la terapia de grupo y la psicoeducación.

Al mismo tiempo, la rehabilitación psicosocial o la psicoterapia de forma única y aislada no suele ser un tratamiento suficiente para pacientes con trastornos mentales, sean adictivos o no adictivos, por lo que entonces hay que indicar farmacoterapia[11]. En salud mental y adicciones, la integración terapéutica es consecuente con el concepto biopsicosocial de atención a los enfermos.

Y también debe tener en cuenta la dimensión de los **valores,** con las posibles contradicciones a contemplar, deliberar y, si es posible, ayudar a resolver.

3. Énfasis en la integración de redes, una vez más. Como se sabe, los ambulatorios tienen la misión de ser el centro referente para los usuarios de un territorio determinado. Los centros de atención y seguimiento (CAS) de drogodependencias lo llevan a cabo en el ámbito de los trastornos por uso de sustancias. Así, el CAS Benito Menni mantiene la coordinación con los centros de salud mental de adultos (CSMA), los centros de salud mental infantojuvenil (CSMIJ), que incluye el Hospital de Día de Adolescentes del sector, los servicios hospitalarios, tanto psiquiátricos como generales, y demás dispositivos de las redes sanitaria y social del sector territorial asignado. Las unidades de patología dual (UPD) tienen la misión de ser el centro **referente** de hospitalización de enfermos drogodependientes comórbidos y, por tanto, la de conectar la red de salud mental con la de adicciones. La UPD del hospital Benito Menni en Sant Boi ofrece ingreso a los pacientes de todo el territorio catalán y se coordina con los servicios residenciales —hospitales psiquiátricos y generales, comunidades terapéuticas y pisos de reinserción— y servicios ambulatorios como otros CAS, CSMA, CSMIJ, hospitales de día, servicios de rehabilitación comunitaria y otros.

4. Coordinación con la red de Atención Primaria de Salud. El CAS Benito Menni mantiene reuniones de coordinación con los once equipos de **atención primaria** del sector sanitario Baix Llobregat-Litoral: cuatro en Sant Boi, dos en Viladecans, dos en Gavà, dos en Castelldefels y uno en Sant Vicenç dels Horts.

5. Coordinación con la red de salud mental **infantojuvenil.** El CAS Benito Menni ofrece interconsulta y asesoramiento para pacientes adolescentes con trastorno mental por uso de sustancias. Mantiene reuniones de coordinación con los cuatro equipos de dicha red: los CSMIJ de Sant Boi, Castelldefels y Gavà, y con el hospital de día para adolescentes de esta última localidad.

6. Coordinación con juzgados, centros penitenciarios y delegados de ejecución de **medidas penales alternativas**. La UPD y el CAS Benito Menni, y en general todos los dispositivos implicados, favorecen la atención a los casos de exclusión social. La UPD hospitaliza a usuarios con medida penal alternativa del tipo medida de seguridad. El CAS asume medidas penales alter-

nativas de tipo ambulatorio y se coordina, además, con el equipo sociojurídico —integrado por juristas y trabajadores sociales— de la Fundación Marianao en Sant Boi, en aras del trabajo conjunto con pacientes en interacción con la administración de justicia. Ambos equipos atienden, claro está, personas sin hogar.

7. Coordinación con oficinas de **farmacia.** El CAS Benito Menni ha sido pionero en implementar la dispensación de metadona en comprimidos de 5, 30 y 40 mg (Metasedin) en las oficinas de farmacia del sector territorial asignado. Hasta 2011 solo había sido regulada la dispensación en solución líquida.

8. Abstinencia y reducción de daños. Debe insistirse en que hay que evitar actitudes terapéuticas rígidas con los pacientes que aquejan trastorno por uso de sustancias. Al mismo tiempo, no parece admisible el consumo indefinido de sustancias tóxicas. Se sabe que la abstinencia total y permanente es el ideal a alcanzar, pero también debe considerarse siempre y en primer lugar el objetivo de reducción de daños, menos restrictivo en este aspecto y que permite no dejar de lado a la mayoría de enfermos que buscan ayuda. Una de las iniciativas recientes en este marco paliativo es la impartición, en el CAS Benito Menni y en otros ambulatorios especializados, de talleres de inyección de naloxona para la prevención de mortalidad por sobredosis de opiáceos. Es un ejemplo de **integración de los usuarios** *en prevención y tratamiento.*

9. Abordaje interdisciplinar. El tratamiento debe ser ofrecido por un único equipo clínico dentro de un mismo programa. Si dos terapeutas proporcionan tratamiento del trastorno mental adictivo y del trastorno mental valorado como no adictivo, por ejemplo, uno en el CAS y otro en el CSMA, es indispensable que la **comunicación** se establezca de forma frecuente entre ambos, tanto para sumar esfuerzos como también para evitar la potencial manipulación por parte del paciente.

Son más frecuentes las recaídas en pacientes con diagnósticos psiquiátricos múltiples, adictivos y no adictivos, que en pacientes con un único trastorno, sin que esto sea necesariamente equivalente a más fracasos terapéuticos. De especial consideración son las intensas reacciones de transferencia —proyecciones y atribuciones cognitivoafectivas desde el paciente al terapeuta— y de contratransferencia, por la cual el terapeuta puede caer en la provocación del usuario. Una premisa básica del tratamiento es la motivación del enfermo: si es insuficiente, el tratamiento no avanza lo deseable o se bloquea.

A lo largo de todo el proceso terapéutico se debe ayudar al enfermo a despertar y estimular esta motivación por la recuperación. La atención en salud mental pone el énfasis en la psicoterapia de apoyo y tiene en cuenta la farmacoterapia propia de las toxicomanías, que incluye los medicamentos de indicación en alcoholismo —los relativamente recientes, llamados *anticraving,* es decir, naltrexona y acamprosato, y los disuasores clásicos disulfiram y cianamida—, y los agonistas metadona y buprenorfina (asociada a naloxona), de indicación en adicción a heroína[12].

La atención psicológica prioriza la psicoterapia individual y de grupo al máximo nivel de eficiencia po-

sible, e implementa los instrumentos de evaluación propios del ámbito de la salud mental y también específicos de la alcohología clínica y la psicopatología de la adicción. La atención social se centra en el alto grado de deterioro detectable no solo en la persona hospitalizada, sino frecuentemente también en sus familiares. En salud mental y adicciones, el trabajo social ofrece psicoeducación y terapia de grupo a los usuarios. La atención de enfermería enfatiza el objetivo de alcanzar un nivel óptimo de cuidados somáticos y emocionales dirigidos al paciente. El CAS imparte talleres de prevención de sobredosis letales mediante naloxona a grupos de usuarios. En salud mental y adicciones, enfermería ofrece psicoeducación y terapia de grupo a los usuarios.

10. **Implicación** en todo el territorio. La UPD de Benito Menni CASM tiene alcance suprasectorial, por lo que ingresa pacientes de todo el territorio catalán y contribuye así a la coordinación e integración asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders. Am J Psychiatry August 2006; 163(8 Supp).

2. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. World Health Organization: Department of Mental Health and Substance Dependence. Second Edition. 2001. En: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

3. Edwards G, Orford J, Egert S, Guthrie S, Hawker A, Hensman C, Mitcheson M, Oppenheimer E, Taylor C. Alcoholism: a controlled trial of treatment and advice. Journal of Studies on Alcohol 1977;38:1004-1031.

4. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. En: Journal of the American Medical Association April 2, 1997;277(13):1039-1045.

5. John U. Bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung bei Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhangigkeit. En: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Freiburg, Regionale Suchtkrankenversorgung, Konzepte und Kooperationen; 1997.

6. Roberts LJ, Shaner A, Eckman TA. Cómo superar las adicciones. Entrenamiento de habilidades para pacientes con esquizofrenia. Patología Dual. Incluye el Módulo de Tratamiento del Abuso de Sustancias (MTAS). Barcelona, Fundació Seny; 2001.

7. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. American Journal of Psychiatry 1974; 131:1121-1123.

8. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior. Nueva York, Guilford Press; 1991.

9. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983;51:390-395.

10. NICE. Methadone and Buprenorphine for the Management of Opioid Depen-

dence (NICE technology appraisal guidance 114) / Drug Misuse: Opioid Detoxification (NICE clinical guideline 52) / Drug Misuse: Psychosocial Interventions (NICE clinical guideline 51) / Community-based Interventions to Reduce Substance Misuse Among Vulnerable and Disadvantaged Children and Young People (NICE public health intervention guidance 4). Londres, National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.

11. Solé Puig J, Ramos Atance JA et al. Cannabinoides: aspectos psiquiátricos y bioquímicos. Barcelona, Ed. Rol; 2000.

12. Soler Insa PA, Gascón J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales, RTM-IV. Madrid, Comunicaciones y Ediciones Sanitarias; 2012.

III

PATOLOGÍA DUAL: REFLEXIONES, PROPUESTAS Y PERSPECTIVAS DESDE LA ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA

REFLEXIONES SOBRE LA ARTICULACIÓN ENTRE EL AMBULATORIO DE ADICCIONES Y EL DE SALUD MENTAL

MIQUEL DEL RÍO
Psiquiatra. Coordinador de CAS, CSMA y UHD. Hospital Mutua Terrassa (Barcelona).

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

INTRODUCCIÓN

Podríamos empezar por detenernos en una cuestión terminológica que posiblemente refleja la confusión que todavía tenemos acerca del modo en que deben relacionarse las distintas redes entre sí. El título de las IV Jornadas de Patología Dual plantea la evolución desde una «conexión» —que indica algún modo de contacto, lo que tendríamos en la actualidad— hacia una «integración» —que alude a constituir un todo con las partes—. Por su parte, en este artículo hemos optado por el término «articulación», que significa, según la Real Academia, la acción y efecto de «unir dos o más piezas de modo que mantengan entre sí alguna libertad de movimiento» o, una segunda definición todavía más apropiada para el tema que nos ocupa: «organizar diversos elementos para lograr un conjunto coherente y eficaz»; quizás sea este un objetivo un poco más realista que la fusión de ambas redes en «un todo». En este artículo, centrado en la realidad de Cataluña, se pretende aportar algunas reflexiones partiendo del «de dónde venimos» para analizar las dificultades a las que nos hemos enfrentado hasta el «en dónde estamos», y apuntar, finalmente, propuestas de futuro.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Red de salud mental

No nos extenderemos en la realidad de la atención a pacientes mentales bajo el régimen franquista, que podemos ilustrar con estas palabras que Juan Antonio Vallejo-Nágera pronunciaba en 1958[1], dos años antes de ser nombrado primer ayudante en la cátedra recién ganada por J. J. López Ibor:

> «Nuestros enfermos se hacinan, mal alimentados, peor vestidos, descalzos muchas veces, sucios siempre en el ambiente desolador de los patios y dormitorios del manicomio... Nuestros hospitales psiquiátricos, viejos, destartalados, sucios, malolientes, inhóspitos, sin cale-

facción, son el mejor ejemplo del sitio donde a uno no le gustaría estar.»

Casi diez años más tarde, el Presidente de la Diputación de Barcelona se refería al carácter manicomial de sus instituciones psiquiátricas aludiendo al arcaísmo tanto de los edificios como de su espíritu[1]:

> «Son instituciones que producen angustia a los enfermos y a sus deudos. Tienen el carácter de depósito donde los enfermos viven apretujados y en lamentables condiciones higiénicas.»

En los años 70 surgen movimientos reformistas vinculados con la izquierda europea y que se ven impulsados por las primeras generaciones de médicos internos residentes, MIR, muy críticas con el sistema asilar. Tienen lugar las primeras movilizaciones de miles de médicos en los hospitales españoles (1971), y se crean la «Coordinadora MIR» (1971), la «Coordinadora Psiquiátrica» (1971) y el movimiento «Psiquiatría Democrática» (1973). Todos ellos se entregaron clandestina y heroicamente a cuestionar el modelo asilar por entonces dominante. El primer gobierno posfranquista, presidido a partir de diciembre de 1975 por Arias Navarro —con Manuel Fraga como ministro de Gobernación—, crea una comisión interministerial encargada de la reforma de la sanidad; en su primer documento se considera a la psiquiatría española como la «cenicienta de la sanidad». En efecto, por aquel entonces la asistencia psiquiátrica se limitaba, más allá de las instituciones cerradas, a las consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social y, en la Cataluña de los 70, algunas iniciativas dispersas como son los *«Centres d'Higiene Mental»*.

En 1981, cuando la Generalitat recibe las transferencias en materia sanitaria se inicia el despliegue del mapa sanitario de Cataluña con la lógica voluntad de aprovechar los recursos ya existentes. Conviene subrayar la enorme dificultad que supone la creación de una red asistencial moderna combinando unos centros hospitalarios de tradición asilar pertenecientes a diversidad de instituciones, unas unidades de agudos de las que solo un 37 % eran de titularidad pública, las obsoletas consultas de neurología y psiquiatría[a], y los diversos centros surgidos por iniciativa de municipios, diputaciones y otras entidades.

En 1983 se constituye la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y, en su Informe de 1985, aparecían propuestas claramente avanzadas para su tiempo, entre las que destacan:

- La integración de la salud mental en una atención sanitaria general.
- La apuesta por luchar contra la discriminación y la estigmatización.
- La formación de equipos comunitarios sectorizados.
- La inclusión de la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la educación sanitaria en una atención primaria, por entonces todavía por reformar.
- La inclusión de la atención primaria como componente esencial de la atención a la salud mental.

Al año siguiente, la Ley General de Sanidad de 1986 establece «la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general». A la progresiva organización de los dispositivos ambulatorios para adultos se añaden, a partir de 1989, los específicos para niños y adolescentes, entonces llamados CAPIP y posteriormente centros de salud mental infanto-

[a] Ambas especialidades quedarían separadas a partir de la Orden Ministerial de jerarquización de los médicos especialistas de 1984.

juveniles, CSMIJ. Si hasta entonces la mayoría de los centros dependían de las diputaciones, a partir de 1990 la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña[2] establece que corresponden a la Generalitat las actividades de atención psiquiátrica y promoción, protección y mejora de la salud mental.

A pesar de estos esfuerzos, la realidad veinte años más tarde mantiene importantes diferencias entre los diferentes centros asistenciales, en especial en lo que se refiere a:

- Titularidad, tamaño, organización y dotación en recursos.
- Ideología y modelo de intervención.
- Características de la población atendida.

En 1999 se establece por decreto la creación de la «red de centros, servicios y establecimientos de salud mental de utilización pública de Cataluña». Detalla las características de los diferentes dispositivos, pero los dedicados al tratamiento de las adicciones quedan al margen.

RED DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

El fenómeno emergente de la heroinomanía de finales de los años 70 no encontró en los recursos sociales y sanitarios otra oferta que el internamiento en las instituciones psiquiátricas clásicas o el ingreso en comunidades terapéuticas de muy diversa índole, entre las que destacaron, a partir de su llegada a España en 1979, las pertenecientes al grupo de «El Patriarca», liderado por extoxicómanos. Tras las primeras elecciones municipales democráticas de 1979, la mayor sensibilidad hacia los problemas de la población impulsa la creación de modestos centros locales destinados a satisfacer la pujante demanda asistencial relacionada con la droga. A estos primeros centros se suman el de la Diputación de Barcelona, el de Cruz Roja y otros surgidos de iniciativas privadas, de Cáritas Diocesana y otros organismos comunitarios. Según Santiago de Torres[3], «estos centros y recursos respondían más a dar una respuesta inmediata, urgente, que a una planificación sectorizada y racionalizada, y se trataba de cubrir un área muy importante de la asistencia que la red asistencial pública no quería asumir». Ya en 1985 este autor, pionero del tratamiento de las toxicomanías, consideraba necesario empezar a normalizar la asistencia al adicto y proponía la atención primaria como puerta de entrada a la red de recursos más especializados, entre los que destacaban las Comunidades Terapéuticas.

Los esfuerzos para dar coherencia a esta multitud de centros cristalizan en la ley catalana 20/1985 «de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia», que establece lo siguiente:

> «Constituyen el programa asistencial catalán para dependencias los centros y los servicios de titularidad de la Generalitat o gestionados por ella, los de las entidades locales de Cataluña y los de titularidad pública o privada que tienen un concierto con la Generalitat o reciben de ella ayudas, destinados a la desintoxicación, la deshabituación, la rehabilitación y la reinserción.»

En este contexto se crea el *Òrgan Tècnic de Drogodependències* (OTD), adscrito al propio *Departament,* con las funciones de planificación y programación de las actuaciones referidas al despliegue de la Ley[4]. Progresivamente se consolida el llamado modelo biopsicosocial que los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias adaptan

de manera variable según su realidad e ideología.

En efecto, la dinámica y el servicio que ofrece cada centro es diversa. Casi diez años más tarde, en 2004, en un estudio de la UAB[5] se analizaba el funcionamiento de los diferentes CAS, y se concluía que lo que inicialmente «parecía un servicio de atención institucional homogéneo, regido por los mismos objetivos y destinado a las mismas funciones, pasaba a ser totalmente heterogéneo». Los CAS coincidían en la composición pluridisciplinaria de los equipos, pero el estudio destacaba marcadas diferencias en función de la entidad a la que pertenecían, el perfil de población que atendían, el territorio en que se encontraban, sus organigramas y protocolos internos.

APROXIMACIÓN A LAS REDES

Antes de plantearnos el modo en que deben articularse las redes de salud mental y adicciones, conviene analizar qué es lo que estamos considerando una red. Se supone que cada tipo de dispositivos forma un «conjunto de elementos organizados para determinado fin», que es como define la RAE una «red». Los objetivos de ambas redes quedarían definidos en el Plan Director de Salud Mental y Adicciones (PSMA) catalán, que comentaremos más adelante. Como se ha visto en los antecedentes históricos, ambas redes han nacido en la década de los 80 de modo tan heterogéneo y accidentado que, veinte años más tarde, bien podían ser consideradas como redes incipientes de dispositivos modestamente conectados entre ellos.

En el análisis retrospectivo de la evolución de ambas redes llama la atención un momento histórico en el que, posiblemente, se perdió una gran oportunidad para «conectar», «articular» o «integrar» la salud mental y la atención a drogodependientes. Por una parte, el ya mencionado Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica establecía en abril de 1985 un carácter prioritario en la atención a los siguientes colectivos:

- Infancia.
- Personas ancianas.
- Presos.
- Personas con trastornos psíquicos desencadenados por el consumo de sustancias.

Por otra parte, conviene señalar que dicho Informe contemplaba en la organización de los servicios de salud mental[6] el desarrollo de trayectorias de atención integradas, lo que es similar a lo que hoy se denomina atención por procesos o, en Cataluña, «rutas asistenciales».

Sin embargo, esta declaración de principios no se acompañó de los necesarios instrumentos, regulaciones ni consensos para aplicarse en la realidad. Quizás había sido esta una oportunidad para tejer un modelo de atención por procesos destinado a pacientes con la combinación de trastornos mentales y adictivos.

Este Informe podría haber supuesto un primer paso en la implicación de la salud mental en el tratamiento de pacientes adictos y, a pesar de su consideración de prioritaria, la directiva no llegó a aplicarse.

Por otra parte, en julio de 1985 el Consejo de Ministros aprobaba la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), que recogía un conjunto de medidas que la Administración central y las autonómicas deberían aplicar.

Ambas iniciativas se desarrollaron bajo el brillante mandato de Ernest Lluch como ministro de Sanidad. La reforma psiquiátrica debía definirse y encontrar su camino en el contexto de una nueva orga-

nización de la sanidad española y de una reforma de la atención primaria de salud, mientras que la incipiente red de atención a las drogodependencias iniciaba su camino en solitario y el PNSD una peregrinación que lo llevaría a depender del... Ministerio de Justicia e Interior, desde 1993[b] a 2004. Podríamos decir que en este año 1985, en que se forjaban ambas redes, razones de diversa índole condujeron a que llevaran una evolución por separado.

En el próximo apartado analizaremos una realidad compartida entre los asistentes a estas IV Jornadas, la patología dual, que forzaría en los años siguientes la aproximación de ambas redes; la experiencia en Estados Unidos constituyó un modelo de referencia que merece un comentario preliminar.

PATOLOGÍA DUAL: EXPERIENCIA DE LOS EEUU

A principios de los 80 diversos estudios americanos muestran una alta prevalencia de los trastornos duales, que representarían un 30 %-50 % de los pacientes psiquiátricos y un 80 % de los toxicómanos[7]. Por entonces, el patrón dominante en el tratamiento del paciente con diagnóstico dual consistía, en el mejor de los casos, en el tratamiento de cada trastorno por parte de equipos distintos, bien en paralelo, bien de un modo secuencial. Las críticas a este modelo incluían la desconfianza entre equipos, las dificultades en la coordinación, los mensajes contradictorios y las opiniones diferentes sobre la relación de causalidad entre consumo y otros trastornos mentales y, como corolario, la pérdida de pacientes. Se pasó a preconizar el tratamiento llamado «integrado» y a cargo de un solo equipo. En la segunda década de los 80 surgen diversas experiencias de programas integrados para la atención de pacientes con diagnóstico dual.

Tras examinar los resultados de los primeros 18 meses de funcionamiento, la *New York Commission on Quality Care* destacaba, en 1986, la realidad de que los nuevos programas habían atraído a tratamiento a un colectivo de pacientes graves, hasta entonces rechazados desde las respectivas redes. La preocupación por esta población queda ilustrada por el hecho de que Mario Cuomo, entonces gobernador del estado de Nueva York, designó al Departamento de Salud Mental como agencia responsable de coordinar la atención a estos pacientes[8]. El entusiasmo por el tratamiento integrado duró unos pocos años, apagado progresivamente por la dificultad que suponía atender pacientes muy heterogéneos, el elevado coste de tales programas, y el hecho de que favorecían que los pacientes se distanciaran de las redes normalizadas de atención primaria y servicios sociales. En este contexto, en los 90 surge la propuesta de que el tratamiento integrado se lleve a cabo dentro de las actividades de los equipos de salud mental, apuntando algunas recomendaciones[9]:

- Incrementar la relación entre servicios de salud mental y de adicciones.
- Integrar un profesional de adicciones en salud mental.
- Entrenamiento del profesional de salud mental en el tratamiento de las adicciones.

Podríamos decir que este debate todavía no se ha cerrado, y seguimos sin tener un modelo de referencia sobre la manera de combinar los diferentes tratamientos. Si en 2004 la Sociedad Española de Psiquiatría recomendaba la preferencia por que «el tratamiento de ambos trastornos

[b] Con Baltasar Garzón como Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en los años 1993 y 1994.

[sea efectuado] por un mismo profesional clínico o dentro de un único programa, para lograr así una mejor coordinación e integración»[7], todavía hoy seguimos sin tener una idea clara del modo en que esta propuesta debe aplicarse a nuestra compleja realidad.

PATOLOGÍA DUAL: LA EXPERIENCIA EN CATALUÑA

Por diversos motivos se ha hecho más presente en los CAS el paciente con algún otro trastorno mental, mientras los CSM se han familiarizado con los trastornos relacionados con drogas en pacientes en tratamiento por otro trastorno mental. Entre los motivos que han propiciado esta evolución, podemos destacar los siguientes:

1. El perfil de población atendida por los CAS ha favorecido una cierta normalización de estos servicios ambulatorios; del estigma del *junky* inicial se ha pasado a atender a una población más diversa, tanto en edad como en perfil psicosocial, en el que se incluyen pacientes que, además de su adicción, presentan algún otro trastorno mental.
2. Con la reforma, el paciente psiquiátrico ha visto incrementados su poder adquisitivo y su autonomía, y con ello se ha favorecido su acceso a grupos marginales consumidores de drogas y la obtención de estas.

En este contexto, el *Òrgan Tècnic de Drogodependències,* actualmente denominado *Subdirecció General de Drogodependències,* constituyó en 1994 un grupo de trabajo paritario con representación de ambas redes[10]; en su análisis, el grupo destacaba las siguientes dificultades asistenciales:

- Ausencia de recursos específicos.
- Dificultad para derivar o utilizar otros recursos específicos de salud mental desde los CAS.

Y proponía como objetivos:

- Corresponsabilizar a las dos redes; optimizar los recursos existentes.
- Establecer circuitos de derivación y protocolos asistenciales.
- Valorar la puesta en marcha de nuevos recursos asistenciales: creación de Unidades de Patología Dual.
- Incorporación de la figura del psiquiatra en los CAS que carecieran de ella.
- Creación de un plan de formación específica en patología dual en ambas redes.

Unos años más tarde, la Coordinadora de CAS de Cataluña analizaba mediante una encuesta[11] la percepción de los profesionales sobre estos aspectos. Constataban un aumento de la patología dual en los cinco años precedentes, y se estimaba una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica del orden del 30 % al 60 % en la población atendida. Un 58 % consideraba «difícil» la relación con la red de salud mental, mientras un 31 % la consideraba «fluida». Destacamos las siguientes propuestas:

- Facilitar el acceso a recursos de la red de salud mental.
- Implantar nuevos recursos de intervención.
- Mejorar la coordinación entre las redes.
- Tender a la unificación de ambas redes.

Finalmente, destacaremos las conclusiones de la mesa *«Drogues i salut mental»* del *II Congrés Català de Salut Mental* (2003):

- Es necesario superar la realidad histórica de ambas redes.

– Se deberían adaptar los recursos existentes a las nuevas necesidades del individuo, y no a la inversa.

– Para facilitar la coordinación convendría que, a corto plazo, fuera una misma institución la que gestionara los temas de salud mental y adicciones en una misma zona para facilitar mecanismos de coordinación.

Como vemos, hace 10-15 años ya existía un caldo de cultivo favorable a buscar la manera de articular ambas redes. Años más tarde se celebraría la Conferencia de Helsinki de la OMS[12], en la que se propone como prioridad para la siguiente década (2005-2015) «diseñar sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran todas las áreas de atención a la salud mental». Entre las acciones que se proponen, destacamos las siguientes:

– Aumentar la competencia y las capacidades de los profesionales de la atención primaria de salud para detectar y tratar a las personas con problemas de salud mental, con el apoyo de los especialistas de los servicios de salud mental.

– Proporcionar los recursos financieros suficientes para la atención a la salud mental, dedicándole una parte identificable de los gastos sanitarios generales, a fin de que el nivel de inversión en este ámbito se equipare al alcanzado en otras áreas de atención.

– Establecer coordinación entre los sectores. Se parte de la base de que la ausencia de coordinación entre los servicios lleva a una pobre e ineficiente atención. Se recomienda que los líderes de los servicios tengan la responsabilidad de coordinarse entre sí.

Estos principios se verán reflejados en el Plan director de Salud Mental y Adicciones[13] (PSMiA) catalán, del que destacamos algunos puntos:

– Entre las prioridades para 2010-2014 se incluye la «continuación de la integración funcional entre los servicios de salud mental y la atención a las drogodependencias».

– Se marca como objetivo la creación de unidades funcionales de salud mental y adicciones, con diversas propuestas, como: «favorecer la proximidad de los equipos y la gestión compartida» y la «creación de espacios territoriales de cooperación CSMIJ-CAS-CSMA».

– «El Plan Director debe basarse en la integración como objetivo de mejora permanente (...). Integración entre las redes especializadas, empezando por la salud mental y las adicciones, integración en el entorno de la atención primaria de salud —lugar y escenario privilegiado para las intervenciones en salud mental y adicciones—, integración en las modalidades de intervención dentro de la propia red especializada, integración progresiva con los servicios sociales, educativos y otros. La integración no es posible sin una visión global compartida y abierta, concretada en la capacidad de trabajar en red»[c].

Como vemos, el propósito de alcanzar la «integración», incluido en el título de estas Jornadas, forma parte explícita de la voluntad política.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Recursos

Las respectivas redes contaban en 2008 con 73 Centros de Salud Mental de Adul-

[c] La palabra *integración* ha sido resaltada en este artículo.

TABLA I
Distribución de CSMA y CAS en Cataluña (año 2008)

	CSMA	Consultas periféricas	CAS
Alt Pirineu y Arán	4	2	4
Lleida	6	0	5
Camp de Tarragona	5	0	2
Terres de l'Ebre	2	1	1
Girona	7	0	6
Catalunya Central	4	1	4
Barcelona	45	10	42
Total	**73**	**14**	**64**

Datos extraídos de la Memoria 2008 del *Institut Català de la Salut* (CatSalut).

tos, CSMA, 14 consultas periféricas y 64 CAS, como se detalla en la tabla I. No parece que el número de centros haya sufrido cambios de importancia desde 2008. Debemos destacar el avance que ha supuesto la implantación del *Programa de Suport a la Primària,* que comentaremos más adelante. Sin embargo, a la hora de analizar las redes y las propuestas de articulación, parece razonable considerar la situación actual de escasez general de recursos combinada con una demanda creciente.

Además de la voluntad efectiva, la coordinación requiere tiempo. Nadie duda a estas alturas de que se trate de una buena inversión, pero cuando el ratio por psiquiatra de un CSMA es del orden de 600 pacientes, se entienden sus limitaciones si se le pide que sea proactivo, revincule pacientes y asista a reuniones diversas de coordinación.

La escasez de recursos se sitúa, además de en el contexto actual general, en otros niveles:

1. La inversión en el sistema sanitario. En primer lugar, el porcentaje del PIB que España dedica al sistema sanitario es inferior a la media europea. Según datos de Eurostat[d], en 2009 España dedicó a los recursos sanitarios un 6,7 % del PIB, mientras que la media de los 27 países europeos fue del 7,4 % del PIB europeo (con un 8,3 % de Francia o un 8,5 % del Reino Unido). En relación al PIB, el gasto público en salud de Cataluña fue en 2007 del 4,4 %.

2. La proporción del gasto sanitario que se destina a salud mental. Se estima que el 20 % del gasto sanitario de la UE-15 se dedica a la salud mental, y es evidente que en España se está lejos de ese porcentaje. Según un estudio realizado recientemente en Cataluña, la atención a la salud mental supone un gasto aproximado del 10,6 % del presupuesto del *Departament de Salut*[e]. En esta suma se incluye la atención a las enfermedades mentales y a las adicciones, pero también la de las demencias, incluyendo el Alzheimer (PSMiA).

3. Por otra parte y en cifras absolutas, las diferentes comunidades autónomas exhiben notables variaciones en el presupuesto sanitario por habitante. El de Cataluña en 2011 se acerca a la media española (1.251 € frente a 1.273 €)[14], pero destacan los de Extremadura o el País Vasco, con 1.506 € y 1.641 € por habitante. Para alcanzar tales ratios, en Cataluña se requeriría

[d] Citado en: Anàlisi del Pressupost de Salut 2011 i Propostes alternatives per millorar el Sistema Públic. Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris.

[e] Compra de serveis del CatSalut i pressupost consolidat de l'ICS del 2006.

una inyección de 1.800 y 2.900 millones de euros, respectivamente.

Resulta interesante comparar el ratio de profesionales en los CSMA: el del País Vasco en 2005 era del orden de 16 por 100.000 habitantes, casi el doble del cálculo hecho para los CSMA de Cataluña dos años antes[15]. Si se hubieran cumplido las expectativas del PSMiA para 2010[f], contaríamos con unos 19 profesionales por 100.000 habitantes. Para que nuestros dispositivos en Mútua Terrassa se ajustaran a las recomendaciones del PSMiA para 2010, las dotaciones en personal del CSMA y el CAS deberían experimentar un incremento, respectivamente, del 90 % y del 220 %.

Los datos que se han presentado, aunque no se han ofrecido en su totalidad, indican una realidad que no podemos ignorar: la dotación en recursos destinados a la «cenicienta de la sanidad» se encuentra en Cataluña a gran distancia de los avanzados objetivos y propuestas de la planificación sanitaria. Teniendo en cuenta que la dotación para el despliegue del PSMiA ha sido en 2011 de 300.000 euros[16], queda claro que no cabe esperar mejoras importantes en los próximos años.

ACTIVIDAD Y COORDINACIÓN

A pesar de las limitaciones en cuanto a recursos, las distintas redes presentan un muy importante volumen de actividad. En 2010, los CSMA realizaron 56.247 primeras visitas, e hicieron el seguimiento de otros 116.463 pacientes que ya estaban en tratamiento[17]. En relación con el censo de Cataluña[g], un 2,8 % de la población adulta fueron visitados en los CSMA, del que casi un 1 % en una primera visita. Por su parte, los CAS realizaron en 2011 un total de 382.248 visitas y 12.574 inicios de tratamiento[17].

Ambas redes realizan, pues, una actividad importante, pero lo que nos ocupa especialmente es saber de qué modo se articulan. Es lógico empezar por mencionar los importantes progresos realizados en la informatización del sistema y en el recurso del correo electrónico como herramienta de comunicación, si bien con mucha variabilidad en su uso. Por su parte, la historia clínica compartida (HCCC, historia clínica compartida de Cataluña) contaba en 2010 con 22 millones de documentos clínicos indexados[18], aunque si su grado de implantación en 2011 era de un 96,9 % en atención primaria y especializada, solo lo fue de un 25,6 % en los CSM[17].

Otro elemento que podría ser clave en la articulación de ambas redes es el nuevo *Programa de Suport a la Primària,* actualmente desplegado en un 50 % de la red de salud mental. Sus profesionales desempeñan una labor muy valiosa al facilitar la formación de los profesionales de la atención primaria de salud, una mayor aceptación del enfermo mental y claras mejoras en la continuidad asistencial. En la articulación entre primaria y las redes de salud mental y adicciones, conviene tener muy en cuenta esta figura y el papel potencial que podría desempeñar como bisagra entre las tres redes.

Otro elemento importante lo constituyen los profesionales en formación de posgrado: hemos visto incrementado el número de residentes MIR (medicina), PIR (psicología) e ISMIR (enfermería). Se ha desplegado el módulo de formación en salud mental de los residentes de medicina familiar y comunitaria. Todos ellos han progresado en la inclusión de una formación específica en adicciones con

[f] PSMiA: Mapa Sanitari 2010.

[g] Instituto Nacional de Estadística: 6.162.578 habitantes de 18 años o más.

estancias en la red catalana de atención a las drogodependencias. Nos conviene cuidar la formación de estos profesionales, buena parte de los cuales integrarán una u otra red en el futuro. Pero ya en el presente constituyen redes transversales de profesionales que transitan de unos a otros dispositivos y, en mayor o menor medida, pueden facilitar nuevos canales de comunicación entre ellos.

Finalmente, no cabe duda de que hemos asistido a una aproximación, aunque muy variable, de los CAS y los CSMA. Es difícil hacerse una idea global de la medida en que los diferentes equipos lo han hecho en todo el territorio catalán. Seguramente se trata de un proceso que tenderá a mejorar, y para terminar aportaremos alguna propuesta que podría favorecerlo.

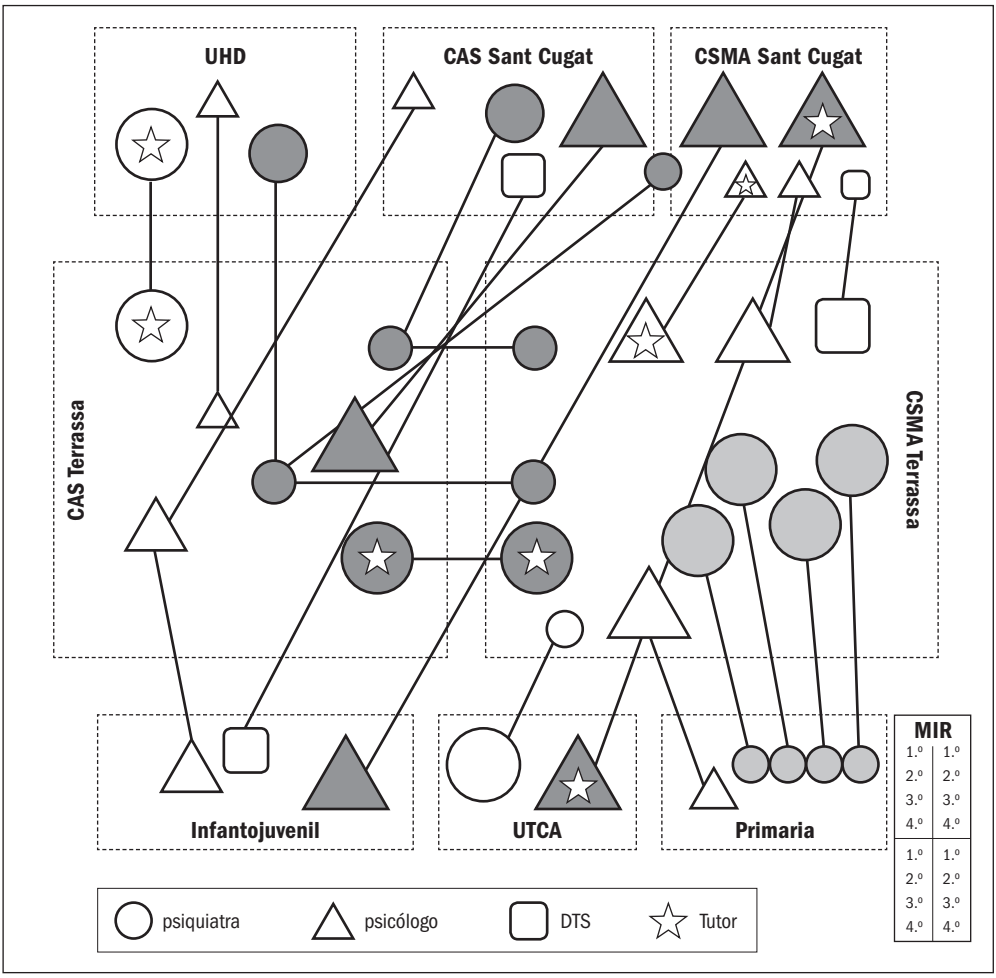
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Hemos intentado mostrar que los CSMA y los CAS se enfrentan a una tarea colosal con recursos claramente insuficientes. Este factor limita su capacidad para coordinarse entre ellos. Probablemente convendría profundizar en lo que realmente pretendemos al hablar de integración, pues seguimos sin disponer de un modelo de referencia claro. Entretanto, nadie pone en duda la necesidad de mejorar la coordinación entre los diferentes recursos asistenciales. Algunas de las propuestas que podrían contribuir a ello son:

- Corregir la variabilidad y la discrecionalidad existente en las dotaciones de recursos, y establecer ratios de referencia que potencien la composición multidisciplinar de los equipos.
- Programar estrategias que favorezcan el conocimiento mutuo de los equipos. La proximidad de los servicios y el hecho de que los profesionales se conozcan personalmente son factores que facilitan la coordinación.
- En la medida en que resulte factible, favorecer la sectorización dentro del área de influencia de cada dispositivo; la coordinación será más fácil si un profesional trata la población de un sector que coincide con un solo Centro de Atención Primaria de salud, un mismo profesional del *Programa de Suport a la Primària,* un mismo recurso local de servicios sociales y otras estructuras comunitarias.
- Favorecer, siempre que sea posible, la contratación de profesionales con dedicación parcial a un CAS y a un CSMA. En la figura 1 se muestra un esquema de la distribución en diferentes dispositivos de los profesionales del CAS y el CSMA de Mútua Terrassa. Esta aparente promiscuidad es, en buena parte, el fruto de un crecimiento a base de pequeñas ampliaciones de contratos que han conducido a destinar un buen número de profesionales a combinaciones de dispositivos. Sin embargo, la experiencia resultante es positiva y comprobamos en el día a día las ventajas de contar con tantos «puentes» entre equipos.
- Favorecer que el profesional del *programa de serveis/suport individualitzat* (PSI) pueda asumir pacientes con trastornos mentales graves (TMS) del CAS.
- Favorecer que los profesionales del *Programa de Suport a la Primària* y los del PSI conozcan personalmente el CAS y su manera de trabajar, a ser posible en forma de un breve *stage.*
- Favorecer la historia clínica compartida; una red de redes debe tener acceso a la información desde cualquiera de sus dispositivos.

FIGURA 1

Distribución de los psiquiatras, los psicólogos y los trabajadores sociales (DTS) del CAS y el CSMA entre estos y otros dispositivos



Se han resaltado con una estrella los diferentes tutores de los MEFS y PEFS (8 + 8 profesionales), que desfilan por los diferentes dispositivos a lo largo de sus cuatro años.

Por último, conviene recalcar que la coordinación, más allá del empeño de determinados profesionales, debería basarse en una cultura común —entendida como un conjunto de modos de actuación, unas prácticas y unos conocimientos compartidos—, y para alcanzarla hace falta voluntad política. Estructuras como la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad o el *Departament de Salut* se pronuncian claramente a su favor y desarrollan estrategias orientadas hacia el fomento de esta cultura. Pero para alcanzarla con éxito, es también un factor muy

importante que los cargos intermedios se impliquen, dando a la coordinación la importancia y los medios que la faciliten.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espino A. Reformas de la salud mental en España. En: Knapp M et al (eds.) Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. LOSC: Ley 15/1990 de 9 de julio.
3. De Torres i Sanahuja. Situació actual de l'assistència als toxicòmans. Qüestions de Vida Cristiana. Publicacions de l'Abadia de Montserrat; 1985.
4. Decret 160/1986 de 26 de maig, DOGC núm. 703.
5. Factors psicosocials implicats en la inserció sociolaboral dels usuaris i usuàries dels centres d'atenció i seguiment de les drogodependències. Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social de la Universitat Autònoma de Barcelona; octubre de 2004.
6. García J. Medios para avanzar en la organización y desarrollo de los Servicios de Salud Mental. Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Toledo; 14 de abril de 2005.
7. Consenso de la SEP sobre patología dual. Luis San Molina (coord.). Barcelona, Psiquiatría Editores; 2004.
8. Cabrera-Abreu C. Controversias clínicas en el manejo del paciente con diagnóstico dual. En: Rubio G y col., eds. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid, Editorial Médica Panamericana; 2001: 633-651.
9. Johnson S. Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services? (ed.) Br J Psychiatry 1997;171:205-208.
10. Duro P. II Congrés Català de Salut Mental; 2003.
11. Batlle E. Enquesta d'opinió sobre la percepció de la incidència de la patologia dual als CAS. 1998.
12. Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental. Helsinki; 12-15 enero 2005.
13. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Direcció General de Planificació i Avaluació. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social. Serie 2007-2011.
15. Análisis de la situación de la atención a la Salud Mental en las CCAA, diciembre de 2005. Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
16. Generalitat de Catalunya, CatSalut, memòria 2011.
17. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). Servei Català de la Salut; 2010.
18. Servei Català de la Salut. Memòria del CatSalut 2010. Generalitat de Catalunya; 2011.

ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS DESDE LA RED INFANTOJUVENIL: CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL Y HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES

ESTHER URPINAS VILA
Psicóloga clínica y jefe de servicio del CSMIJ Gavà de la Fundació Orienta.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

PRESENTACIÓN

El consumo de drogas constituye en la actualidad un fenómeno social importante que afecta, sobre todo, a los adolescentes. Este fenómeno es dinámico y cambiante según la evolución que va experimentando la propia sociedad. Cada vez es más evidente la presencia de las drogas en la etapa de la adolescencia. El consumo de drogas representa uno de los problemas más destacados desde el punto de vista social y de la salud, con consecuencias tanto a nivel físico y psicológico como social.

Fundació Orienta es una entidad proveedora de servicios al sistema catalán de salud, que ofrece prestaciones de salud mental a la población infantil y juvenil de la zona cercana a Barcelona que comprende las poblaciones de Sant Boi, Gavà, Viladecans, Begues, Sant Climent de Llobregat, Sant Vicenç dels Horts, Torrelles de Llobregat, Castelldefels, Prat de Llobregat y l'Hospitalet de Llobregat. La Fundació Orienta dispone de cinco CSMIJ y dos Hospitales de Día (HD) de adolescentes. En el CSMIJ son atendidos niños y jóvenes de 0 a 17 años con trastorno mental y también con problemas de consumo de sustancias psicotropas. El CSMIJ de Gavà tiene una población asignada de 120.845 habitantes, de los cuales 23.313 son niños y jóvenes, según datos de 2011 aportados por la Administración catalana.

Los adolescentes han de aprender a convivir con este fenómeno que son las drogas y tienen que tomar decisiones sobre su consumo o la abstinencia. Por eso resulta necesaria la colaboración de todos los servicios y recursos, a fin de emprender acciones tanto a nivel preventivo como terapéutico.

En este sentido, el *Departament de Salut* ha hecho una apuesta por la prevención y la atención. Así, dos de los objetivos del Plan Director de Salud Mental y Adicciones catalán son:

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y las adicciones:

- Promoción de la prevención de los trastornos mentales y las adicciones a nivel comunitario desde una visión intersectorial e interdisciplinaria.
- Prevención de trastornos mentales y conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas en poblaciones más vulnerables, como es la adolescente.

2. Otro de los objetivos es la promoción de la organización funcional integrada de las redes y servicios de atención:
   - Integración de las tres redes, o sea, la red de salud mental de adultos, la red de salud mental infantojuvenil y la red de drogodependencias.
   - Elaboración de proyectos en el territorio para favorecer la gestión compartida y la proximidad física de los equipamientos.
   - Programa común en el territorio para la atención de adolescentes con trastornos mentales y problemas de consumo.
   - Creación de espacios territoriales de cooperación entre las tres redes, concretamente entre centros de salud mental de adultos, CSMIJ y centros de atención y seguimiento (CAS) de drogodependencias.

Uno de los objetivos operativos en la línea de promover la prevención de los trastornos mentales y las adicciones a nivel comunitario desde una visión intersectorial e interdisciplinar con participación activa de los usuarios y las familias es:

- Detección precoz en la Atención Primaria de Salud de psicopatología del adolescente con consumo de sustancias, síntomas de alarma y antecedentes familiares e individuales.
- Programa para favorecer el acceso de los jóvenes a los servicios de consulta de tal manera que se garantice la confidencialidad, y supervisados por profesionales de la salud mental y las adicciones.
- Implementación del Programa Salud y Escuela en el bachillerato y ciclos formativos.
- Programas comunitarios para la prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas dirigidos a los jóvenes.

Está claro que se precisa un modelo comunitario e interdisciplinar para poder atender la patología dual. Se necesita un trabajo conjunto para poder atender adecuadamente la demanda. Es importante también un trabajo en red donde se puedan establecer objetivos comunes y al mismo tiempo estrategias particulares de cada servicio, estrategias complementarias para que el trabajo resulte más rico y creativo.

Pero el problema de los jóvenes no es solamente un problema sanitario sino que ha de afrontarse desde muchas vertientes: a nivel familiar, educativo y social, y apostar muchas veces por el efecto terapéutico de aspectos como el deporte y las asociaciones culturales y de ocio.

A continuación, se ofrece una breve pincelada de lo que representa el consumo de sustancias en la etapa infantojuvenil.

EL ADOLESCENTE CONSUMIDOR

La adolescencia es un período de cambios cualitativos y de reorganización en todos los ámbitos: cambios corporales y mentales, cambios en las relaciones y la sexualidad. Estos cambios que se producen de una forma bastante súbita siem-

pre implican una reorganización del yo, confusión y vivencias de inseguridad. Los cambios comportan una situación de crisis, un duelo por todo lo infantil y una búsqueda de la nueva identidad. Se experimentan vivencias cruciales, se toman decisiones importantes y los altibajos emocionales son frecuentes. Muchas veces el consumo sirve para evadirse y liberarse de este malestar. Es frecuente que esta actitud o estrategia demore el normal proceso de maduración por no ponerse en marcha estrategias de afrontamiento en la vida cotidiana. Es por ello que en esta época de gran vulnerabilidad, el alcohol y otras drogas cubren necesidades propias de esta edad:

- Afirmación de la propia identidad y autonomía por oposición a las normas parentales y sociales establecidas.
- Construcción de la identidad a través de la sobreadaptación a las normas de los grupos de amigos.
- Adopción de patrones de conducta que al adolescente le hagan parecer adulto.
- Disminución del malestar emocional propio de la edad.
- Facilitación de las relaciones sociales y de pareja.
- Curiosidad y necesidad de experimentar sensaciones.

Los riesgos a esta edad pueden ser:

- El consumo se hace con unas expectativas que a veces no se cumplen y aun así lo perpetúan.
- Se tiene una sensación de invulnerabilidad.
- En esta etapa de desarrollo, las drogas afectan especialmente a nivel cerebral.
- Cuanto más joven es el inicio del consumo, más probabilidad hay de engancharse, a causa de la gran inmadurez cerebral y de que, al mismo tiempo, el adolescente deja de desarrollar recursos para hacer frente a las circunstancias de la vida.
- Exceso de confianza consigo mismo.

LA ENTREVISTA

Así pues, en la entrevista con los adolescentes siempre hemos de tener en cuenta:

- Las *competencias,* es decir, la capacidad para recibir información, procesarla y responder.
- La *vulnerabilidad,* esto es, capacidad de resistencia a las presiones del entorno.
- *Factores de protección,* que son los que intervienen en situaciones de riesgo para favorecer el desarrollo armónico.

FACTORES DE RIESGO

Son los que predisponen a la persona a consumir. Pueden ser *individuales, familiares* o *sociales.*

- ***Individuales:*** antecedentes familiares de adicciones o patología dual, rasgos de personalidad vulnerables o psicopatología, niños con déficit de atención e hiperactividad o niños que hayan sido expuestos a alcohol durante el embarazo.
- ***Familiares:*** negligencia en el cuidado de los hijos, pautas educativas alteradas, falta de cohesión y comunicación, dificultades económicas, modelos de patrones de conducta favorables al consumo.

– ***Sociales:*** grupos de amigos marginales, presión del grupo o bien de la publicidad, costumbres culturales y modelos, disponibilidad fácil de adquisición de las drogas, situaciones extremas de pobreza, marginación social.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Pueden ser: *individuales, familiares, escolares* y *sociales.*

– ***Individuales:*** valores saludables, autoaceptación, expectativas de futuro, buen rendimiento intelectual, pensamiento crítico e independiente, sentido del humor, buena gestión del tiempo de ocio, estrategias de afrontamiento, flexibilidad, autocontrol, *insight,* expectativas negativas y realistas en cuanto al consumo de drogas.

– ***Familiares:*** vínculos familiares positivos; familias estructuradas, normativas y coherentes; progenitores estables, afectuosos y que potencian la autoestima; estabilidad familiar, modelos de conducta familiares positivos, actividades de ocio familiares, comunicación.

– ***Escolares:*** buenos vínculos con la escuela, buena comunicación entre padres y escuela, normas claras sobre la conducta esperable.

– ***Sociales:*** vinculación a grupos o instituciones prosociales, deportivas y culturales; relaciones positivas con adultos significativos, modelos de adultos o amigos no consumidores, normas sociales claras.

Que el consumo se convierta en algo transitorio, experimental, habitual o que termine en adicción tendrá que ver, en parte, con estos factores.

TIPOS DE CONSUMO

1. ***Consumo experimental:*** corresponde a las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias y no tiene porqué repetirse.

   – *Las motivaciones:* suelen ser la curiosidad, la presión del grupo de iguales, la atracción por lo prohibido y por el riesgo, y la búsqueda de sensaciones.

   – *Indicadores:* es frecuente que el adolescente desconozca los efectos de la sustancia y que el consumo se realice en grupo.

2. ***Consumo ocasional:*** uso intermitente de drogas sin ninguna periodicidad fija y con prolongadas temporadas de abstinencia.

   – *Las motivaciones:* facilitar la comunicación, buscar placer o relajación, transgredir las normas.

   – *Indicadores:* es frecuente que siga consumiendo en grupo, pero podría realizar las mismas actividades sin consumir, ya que conoce cuáles son los efectos y por ello sigue.

3. ***Consumo habitual:*** supone un uso frecuente de las drogas; según la sustancia, la frecuencia del consumo, las características de la persona y el entorno, entre otros, este primer consumo puede llevar a consumir otras sustancias.

   – *Las motivaciones:* intensificar sensaciones de placer, pertenecer a un grupo y ser reconocido por este; mitigar la soledad, el aburrimiento o la ansiedad; reafirmar la propia independencia o el rechazo a la sociedad; reducir el apetito, el frío o el cansancio.

   – *Indicadores:* es frecuente que el adolescente amplíe las situaciones

de uso de droga; el consumo es tanto individual como en grupo; sus efectos son conocidos y buscados; como todavía no ha perdido el control de esta conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

4. ***Consumo dependiente:*** el chico o chica necesita la sustancia y todo gira en torno de esta pese a las complicaciones que el consumo conlleva.

   – *Indicadores:* consume más cantidad o en períodos de tiempo más prolongados que al inicio; gran parte del tiempo lo dedica a la obtención de la sustancia y a su consumo; presencia de intoxicación o síntomas frecuentes cuando el muchacho está realizando sus tareas obligatorias; reducción de sus actividades sociales, laborales o recreativas; uso de la sustancia pese a la consecuencia de los problemas que esta comporta; se recurre al consumo para evitar síntomas de abstinencia.

LAS ENCUESTAS

Según la encuesta realizada en 2008 a estudiantes de 14 a 18 años de edad —«Encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de secundaria» (ESTUDES)— con una muestra de 30.183 casos, de los cuales 4.628 eran de Cataluña, se produjeron los resultados que muestran las tablas I a IV y el gráfico I.

Según la Fundación de Ayuda a la Drogadicción, FAD, hoy en día los consumidores han aumentado entre los 15 y los 24 años, ha aumentado el policonsumo en 14 y 18 años, y el inicio de consumo de alcohol se sitúa en los 13,5 años de edad, con una tendencia igual para varones y mujeres.

TABLA I

Evolución de la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses

	2000	2002	2004	2006	2008
Tabaco				34	38,1
Alcohol	77,3	75,6	81	74,9	72,9
Tranquilizantes o pastillas para dormir				7,4	10,1
Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta	5	4,5	4,7	4,8	5,7
Cannabis	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5
Éxtasis	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9
Alucinógenos	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7
Anfetaminas	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5
Cocaína	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6
Heroína	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7
Inhalables volátiles	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6
GHB					0,8

TABLA II

Evolución de la prevalencia del consumo en los últimos 30 días

	2000	2002	2004	2006	2008
Tabaco	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4
Alcohol	60,2	56	65,6	58	58,5
Tranquilizantes o pastillas para dormir				3,6	5,1
Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9
Cannabis	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1
Éxtasis	2,8	1,9	1,5	1,4	1,1
Alucinógenos	2	1,2	1,5	1,3	1,2
Anfetaminas	2	2	1,8	1,4	1,2
Cocaína	2,5	3,2	3,8	2,3	2
Heroína	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6
Inhalables volátiles	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9
GHB					0,5

TABLA III

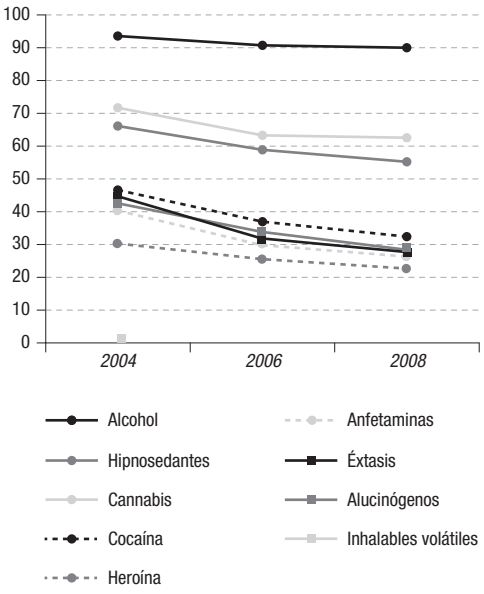
Distribución del consumo por sexo

	2008	
	Hombres	Mujeres
Tabaco	42,2	47,0
Alcohol	80,8	81,7
Hipnosedantes	14,2	20,4
Hipnosedantes sin receta	7,7	11,0
Cannabis	37,8	32,8
Éxtasis	3,5	2,0
Alucinógenos	5,6	2,6
Anfetaminas	4,5	2,7
Cocaína	6,3	3,8
Heroína	1,4	0,4
Inhalables volátiles	3,6	1,8
GHB	1,6	0,7

Porcentaje de población.

GRÁFICO I

Distribución del consumo por sexo



Fuente: ESTUDES, 2008. N = 30.183.
Cataluña = 4.628, 15 % de la muestra.

Con frecuencia, además de alcohol en forma de *botellón* (mucha cantidad en pocas horas, mezcla de licores, todos beben de la misma botella y no saben muy bien lo que beben...) se consumen otras sustancias como cannabis, psicoestimulantes, tabaco, etc.

El consumo de alcohol u otras drogas de tipo experimental puede llevar a consecuencias fatales, los excesos pueden conllevar situaciones de violencia, conductas de riesgo, accidente o bien relaciones sexuales sin protección.

Los adolescentes, cuanto más jóvenes son al iniciarse, más posibilidades tienen de desarrollar sintomatología:

– *Síntomas físicos* como cefaleas, insomnio e inapetencia.

– *Síntomas psíquicos* como crisis de angustia; alteraciones de la memoria, motivacionales o cognitivas; en ocasiones, depresión, ansiedad, alucinaciones o ideas paranoides; se ha relacionado directamente el uso de cannabis con la aparición de sintomatología psicótica en pacientes especialmente vulnerables.

Así pues, la etapa adolescente es muy importante porque da la posibilidad de que las personas reorganicen conflictos y situaciones infantiles no resueltas. Por eso, es relevante el tema de detección y prevención de conductas de riesgo, o el tratamiento en los casos que se precise, con el fin de que pueda darse un desarrollo adecuado y la posibilidad de una vida adulta óptima.

EL TRABAJO EN RED DESDE LOS CSMIJ

A nuestro servicio los jóvenes llegan derivados normalmente por el médico de atención primaria de salud, servicios sociales, equipos de asesoramiento psicopedagógico, unidad de crisis del adolescente (UCA) y unidades de referencia de psiquiatría infantil (URPI). Por tanto, la coordinación o la interconsulta con todos ellos es habitual y muchas veces necesaria, a fin de poder elaborar de forma conjunta un plan de atención individualizado y adecuado para cada paciente, teniendo en cuenta los diferentes ámbitos de su

TABLA IV
Distribución del consumo por sexo

	2004		2008	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Fumar tabaco diariamente	78,2	82,3	86,5	91
Beber alcohol en fin de semana	36,8	45,7	45,1	49,2
Beber alcohol cada día	36,8	45,7	52,7	62,9
Fumar hachís *habitualmente*	81,1	86,2	84,5	91,8
Tomar hipnosedantes	89,8	89,6	84,6	88,4
Consumir éxtasis	97,1	97,3	94,1	97,8
Consumir cocaína	97,5	98,1	94	97,8
Consumir heroína	98,5	99,1	94,3	98

vida. A pesar de que el CSMIJ de Gavà no tiene asignado programa de apoyo a la atención primaria de salud, el equipo realiza visitas quincenales e interconsultas en todos los casos.

Por otro lado, el CSMIJ de Gavà colabora con los programas que desde diferentes Ayuntamientos de la zona se llevan a cabo. El objetivo es detectar grupos de riesgo y orientar la ayuda lo antes posible. Este es el caso del Ayuntamiento de Begues, que dispone de su propio plan local de prevención de drogas, en el cual el CSMIJ ha participado. Se establecen circuitos de detección y atención en los que también están implicados comisiones del ámbito de la salud, de la educación, comunitario y de ocio.

Tal como se ha dicho al inicio, el CSMIJ ofrece atención a todos los jóvenes del sector territorial asignado, incluyéndose a los adolescentes consumidores de tóxicos. Es por esto que se mantiene la coordinación con el Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias de la zona, el CAS Benito Menni de Sant Boi de Llobregat. Este ambulatorio especializado ofrece a la red infantojuvenil:

- Por una parte, la posibilidad de realizar interconsulta telefónica sobre los casos más graves.
- Realizar alguna visita conjunta en casos de mayor complejidad, a fin de establecer pautas que ayuden al chico o a la chica en su proceso.
- Garantizar la continuidad asistencial en los jóvenes de 18 años que lo requieran.

Los jóvenes que llegan al CSMIJ difícilmente lo hacen con un motivo de consulta únicamente relacionado con el consumo. Normalmente la demanda es por otras cuestiones, y es a lo largo de las visitas cuando aparece la realidad. Muchos se hallan en una primera fase de consumo experimental u ocasional, cuando el abordaje tiene más posibilidades de éxito. En aquellos casos en que el consumo es habitual, con patología mental asociada o no, y el abordaje en el CSMIJ no es posible, el chico o la chica se deriva al Hospital de Día, donde se dispone de un programa de atención especializada en dar respuesta a la demanda.

El procedimiento de derivación desde el CSMIJ al Hospital de Día de adolescentes es el siguiente (fig. 1):

- El referente del CSMIJ emite interconsulta destinada al jefe de servicio del Hospital de Día.
- Si se ve adecuado, el muchacho o muchacha ingresa en el Hospital de Día y pasa a formar parte del grupo de jóvenes que participan en este programa.
- Luego, periódicamente se organizan espacios de supervisión conjunta de ambos equipos, puesto que estos chicos volverán al CSMIJ una vez finalizada su estancia en el Hospital de Día.

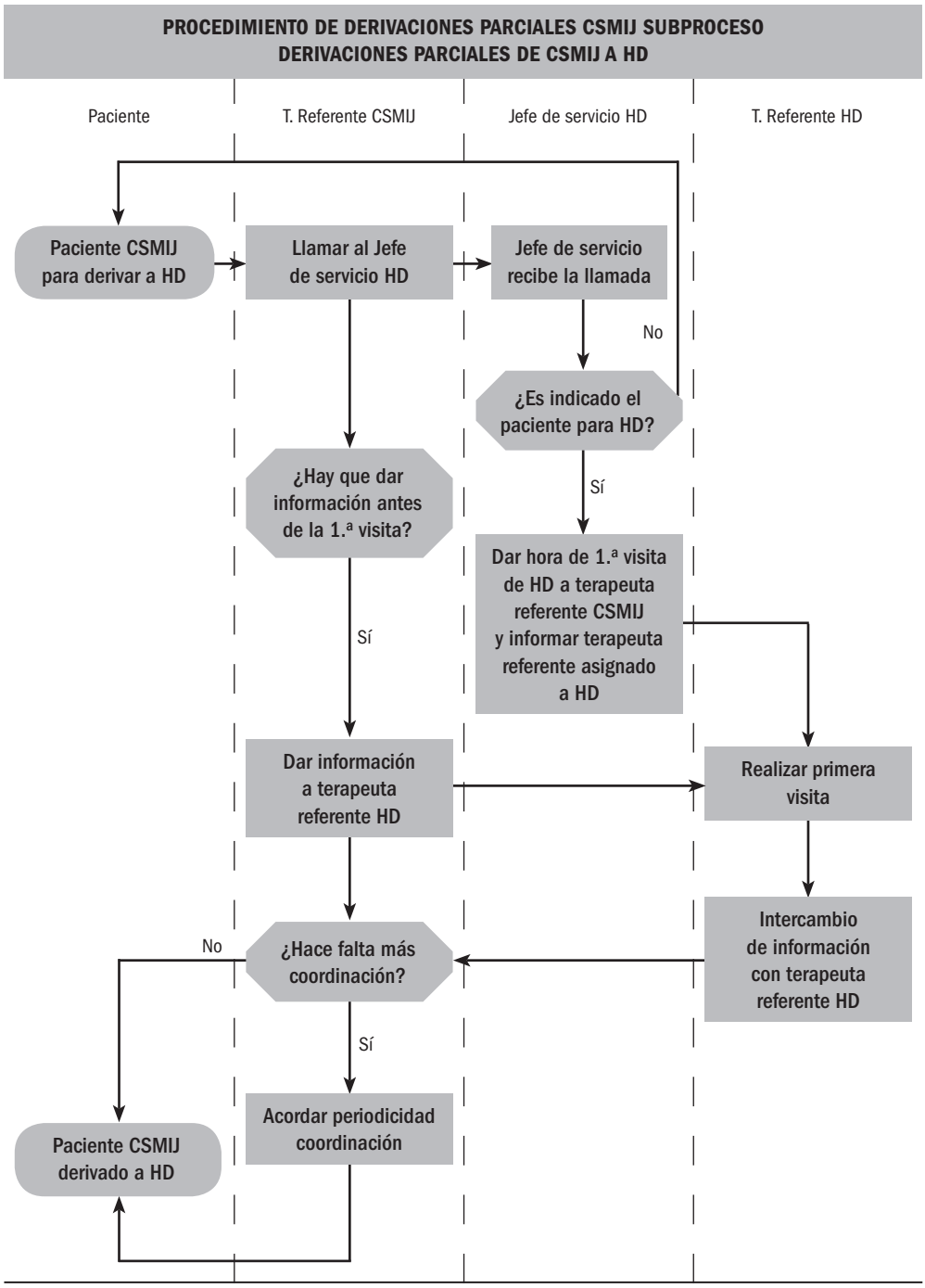
Hay que decir que actualmente no se dispone de centros donde un adolescente con un nivel importante de drogodependencia pueda ingresar para la necesaria desintoxicación. En algunos casos se ha efectuado el ingreso en camas de medicina interna o bien en la UCA por algún otro motivo o diagnóstico que no es el consumo propiamente.

Actualmente existen servicios especializados como SPOTT o Proyecto Joven dotados de programas para consumidores jóvenes, si bien solamente a nivel ambulatorio.

En algún caso se efectúan ingresos en residencias privadas, hasta ahora financiados en parte a través de las becas escolares.

FIGURA 1

Procedimiento de derivación desde el CSMIJ al Hospital de Día de adolescentes



BIBLIOGRAFÍA

Para la presentación en las IV Jornadas de Patología Dual y la redacción de este trabajo se han tenido en cuenta los siguientes documentos:

Hospital de día y otras modalidades de hospitalización parcial en salud mental. Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente. Fundació Orienta. Monográfico n.º 3 de junio 2011.

Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Libro coordinado por Isorna M y Saavedra D. Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.

Prevención de drogodependencias y otras conductas. Madrid, Ediciones Pirámide; 2012.

Consenso de la sociedad española de psiquiatría sobre el consumo de cannabis. Coordinado por Casas M, Bruguera E, Roncero C, San L. Barcelona, Ed. Glosa; 2007.

Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14 a 18 años: validación de escalas. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

Tipologia de consums. Diputació de Barcelona; 2012.

Pla local de prevenció de drogues de Begues 2011-2014. Barcelona, Ajuntament de Begues; 2011.

PATOLOGÍA DUAL Y HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES

MERCÈ GIBERT CLOLS
Psiquiatra. Jefe de servicio del Hospital de Día para adolescentes de Gavà. Fundació Orienta.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

INTRODUCCIÓN. PATOLOGÍA DUAL EN ADOLESCENTES

Trabajar terapéuticamente los problemas de uso de sustancias psicotropas en las primeras edades en que se da el consumo puede permitir que los pacientes presenten un mejor pronóstico, además de que se puedan atender los problemas específicos asociados al consumo en esta etapa de la vida, p. ej., bajo rendimiento escolar, conductas de riesgo, etc. El Hospital de Día de Adolescentes de Gavà (Barcelona) atiende pacientes de 12 a 18 años de edad y desde hace tiempo está aplicando un protocolo de problemas de consumo que puede beneficiar a los chicos y chicas que tienen el consumo de sustancias como problema añadido a una patología en salud mental.

LA HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

La hospitalización parcial de adolescentes es un recurso que permite el tratamiento del paciente en unas condiciones que evitan que pierda el contacto con la comunidad, con lo que se logra que mejore su estado emocional y sus relaciones con el núcleo familiar y social. De esta manera se ayuda a que el paciente supere el aislamiento que acostumbra a acompañar el sufrimiento psíquico.

EL HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES DE GAVÀ

En este ámbito de la hospitalización parcial, el hospital de día para adolescentes de Gavà empezó a funcionar en 1998. Fue el primer hospital de día para adolescentes sectorizado e integrado en la comunidad. Se halla ubicado en el núcleo urbano de Gavà y dispone de una superficie de seiscientos metros cuadrados, en espacios adaptados a su funcionalidad. Atiende una población de 308.547 habitantes, correspondientes a las poblaciones de Gavà, Sant Climent de Llobregat, Begues, Castelldefels, Torrelles de Llobregat, Viladecans, Sant Boi de Llobregat, Santa Coloma de Cervelló y Sant Vicenç dels Horts. En la franja de 12 a

17 años, la población atendida es de 18.323 habitantes, según datos de 2011 de la Administración catalana.

El hospital de día está conducido por un equipo multidisciplinario y atiende sus pacientes de lunes a viernes durante todo el año. Es una unidad de hospitalización parcial que en un abordaje terapéutico global combina el tratamiento individual, grupal y familiar, utilizando recursos psicoterapéuticos, farmacológicos, ocupacionales e institucionales. Ofrece un espacio de acogida y contención, ambas necesarias para ayudar al paciente a que supere sus conflictos emocionales, y pone a su disposición los recursos terapéuticos adaptándolos a sus necesidades específicas. Como se ha dicho más arriba, el ingreso en hospitalización parcial permite mantener la relación con el núcleo familiar, escolar/laboral y social.

El hospital de día goza de una serie de ventajas importantes. Por un lado, prepara el retorno y la reinserción del paciente en su medio. El centro permite la observación del paciente en su relación con el equipo de profesionales, así como con el resto de pacientes, con lo que se facilita el conocimiento preciso de sus aspectos clínicos y de su evolución, ayudando además a optimizar su integración social en la preparación del alta. Otro aspecto importante es de la prevención de recaídas.

Por otro lado, el ingreso en hospital de día facilita la aceptación tanto del trastorno como la de la importancia del cumplimiento terapéutico. Así mismo, posibilita la intervención en el ámbito de la familia del paciente, y se responsabiliza de la continuidad asistencial.

El hospital de día está integrado en la red asistencial con un equipo de enseñanza secundaria. Tiene una capacidad de treinta y seis plazas, de adolescentes de 12 a 18 años, como ya se ha dicho, y el tiempo medio de estancia de los pacientes es de ciento treinta días.

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES

El perfil clínico de los pacientes incluye los siguientes aspectos:

- Adolescentes con muchas dificultades para procesar y elaborar las ansiedades.
- Dificultades importantes de relación.
- En muchos casos, difícil aceptación del trastorno por parte de los padres (por la edad de los chicos).
- Problemas importantes de escolaridad, principalmente por absentismo (no toleran, por su enfermedad, el ritmo académico).
- Pacientes con grandes carencias y poca idea de futuro.
- Pacientes con uno o dos progenitores con patología mental y/o adicciones.

EL TRABAJO EN RED

En la red infantojuvenil, la labor asistencial de derivaciones y altas se realiza mayoritariamente con los Centros de Salud Mental Infantojuveniles (CSMIJ) de la zona y con las unidades de hospitalización total. En el caso del hospital de Día para adolescentes de Gavà, las unidades de hospitalización de referencia son la Unidad de Crisis de Adolescentes (UCA) de Benito Menni CASM (Sant Boi de Llobregat) y la Unidad de Referencia de Psiquiatría Infantil (URPI) del Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat), ambos en la misma zona cercana a Barcelona. En lo que concierne al consumo de sustancias, actualmente no puede decirse que exista un trabajo en red en el sector asignado al hospital de día para adolescentes de Gavà.

LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Desde el comienzo, en el hospital de día para adolescentes de Gavà se percibió que la problemática del uso de tóxicos estaba presente entre los usuarios. En principio, en la mayoría de hospitales de día se consideraba el consumo de sustancias como una contraindicación para ingresar, pero pronto se vio que esto no era conveniente, ya que este consumo iba ligado a la situación psicopatológica de los pacientes.

En este sentido de globalidad, en el funcionamiento cotidiano del hospital de día se ha podido observar una serie de aspectos. De entrada, la información sobre el uso de sustancias del paciente se obtiene a través de las visitas de terapia individual, una vez que el adolescente ha podido establecer un vínculo con el terapeuta. Por otra parte, los educadores sociales del centro también juegan un papel muy importante: el paciente les explica qué consumen, qué cantidad, dónde, con quién, quién le ayuda si se encuentra mal, etc. Habitualmente, la familia desconoce esta información; es el equipo asistencial del hospital de día el que favorece la comunicación entre paciente y familia.

A partir de la realidad observada, se ha visto que el consumo de sustancias no es el motivo de consulta y enmascara los síntomas de la patología que presenta el paciente. El uso de tóxicos incide de manera muy negativa en el rendimiento académico: el paciente se adormece en clase, tiene fracaso escolar, muestra desinterés, recibe apercibimientos orales, expulsiones, etc. Conduce a un deterioro tanto físico como psíquico. Perjudica al adolescente, el cual todavía se está formando como persona.

El «niño» consumidor no puede seguir la vida que debería: estar en la escuela. El «niño» consumidor aún es muy frágil y necesita una atención específica para su problema en este momento de su vida.

En el hospital de día se ha podido constatar que alrededor de un 10 % de los pacientes ingresados tiene un consumo habitual de cannabis. El perfil habitual es el de un fumador de porros y/o bebedor de alcohol durante el fin de semana.

La iniciación en el consumo de sustancias acostumbra a tener lugar hacia los 12 años de edad, cuando es habitual que se produzca un cambio de centro escolar. La iniciación en el consumo de cannabis puede ser tanto por imitación como por invitación, por parte de compañeros de la misma edad. En cambio, la iniciación en el consumo de alcohol viene dada por imitación de chicos y chicas mayores, en las fiestas.

En la mayoría de los casos, el uso de sustancias se asocia a absentismo escolar y bajo rendimiento académico, así como a un aumento de las conductas de riesgo y de la accidentabilidad: robos, frecuentación de urgencias médicas. También se observa cierta asociación con los diagnósticos psiquiátricos de trastorno de conducta, depresión y trastorno bipolar.

La mayoría de los pacientes con un problema de consumo añadido que llega al hospital de día para adolescentes viene derivada desde la escuela y vía CSMIJ. Tal como antes se ha dicho, no vienen derivados por el uso de sustancias, sino por la patología.

PROTOCOLO DE USO DE SUSTANCIAS EN EL HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES

A fin de atender esta realidad, el equipo asistencial ha elaborado un protocolo de atención a la patología dual, pensado para los pacientes que muestran un consumo habitual de sustancias. De esta ma-

nera, la buena adherencia terapéutica que tiene el paciente del hospital de día sirve para que pueda trabajar los problemas que tiene con el consumo.

Todos los pacientes ingresados en el hospital de día pueden tener acceso a dicho protocolo, junto al tratamiento que ya están recibiendo.

El protocolo de consumo de sustancias, que tiene una duración de diez semanas, incluye:

- Cuestionario de evaluación inicial y final, administrado y evaluado por el terapeuta referente del paciente.
- Trabajo grupal específico, de frecuencia semanal y conducido por un terapeuta y un educador social del hospital de día.
- Asistencia al taller de salud del hospital de día, conducido por un educador social.
- Control de tóxicos en orina.
- Visitas psicoeducativas específicas para progenitores, con una frecuencia quincenal.
- Asistencia al taller específico de dinámica grupal, conducido por un educador.

La entrada del paciente en este protocolo se acompaña de un trabajo con la familia, con el fin de que cobre conciencia de la situación y pueda ser capaz de colaborar mejor en el proceso.

CONCLUSIÓN

Es importante poder trabajar con los problemas por uso de sustancias en las primeras edades en las que se da el consumo, tanto por lo que respecta a la posibilidad de un mejor pronóstico como por lo que concierne a poder atender en el momento adecuado los problemas asociados, p. ej., bajo rendimiento escolar y otros. El Hospital de Día para Adolescentes de Gavà atiende pacientes de 12 a 18 años de edad y, por tanto, está en una buena posición para poder ayudar a los chicos y chicas que presentan el consumo de sustancias como problema asociado a una patología en salud mental.

Tal como se ha señalado, aunque en este momento todavía no se dispone de un trabajo en red en estas edades, por lo que hace al consumo de sustancias, el hospital de día para adolescentes ofrece los recursos terapéuticos para tratar la patología dual de la población atendida por la red infantojuvenil en salud mental.

PROGRAMA JOVEN DE PATOLOGÍA DUAL DEL DISTRITO BARCELONÉS DE LES CORTS

MAITE SAN EMETERIO
Psiquiatra. Jefa de servicio.

CAROLINA FRANCO
Psiquiatra.

Recepción: 02-06-2013 / Aceptación: 25-07-2013

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad psiquiátrica en las adicciones, que denominamos Patología Dual, hace referencia a la coexistencia en una misma persona de una dependencia y/o abuso de sustancias junto con otro trastorno psiquiátrico. La atención a los pacientes con patología dual es uno de los retos que tiene el clínico. Esta comorbilidad agrava la evolución y el pronóstico de la enfermedad así como complica el tratamiento sumado a los obstáculos más habituales en el diagnóstico y tratamiento de la PD (tabla I).

La prevalencia de la PD es elevada, aunque existe una gran variabilidad de las cifras aportadas en los diferentes estudios. Los principales datos provienen de dos grandes estudios realizados en población general, el «Epidemiologic Catchment Survey» (ECA)[1] y el «National Comorbidity Survey» (NCS)[2]. En el estudio ECA refleja que aquellos pacientes que padecen un trastorno mental presentan elevada prevalencia de abuso o dependencia de alcohol (22 %) y de otras sus-

TABLA I

Dificultades en el tratamiento de la Patología Dual

1. *Dificultades diagnósticas:*
   - La ocultación y negación.
   - Minimización del consumo en pacientes con trastorno mental.
   - La no detección de psicopatología en pacientes adictos.
   - Las concepciones y formación del terapeuta.
   - Diagnóstico diferencial entre síndrome clínico inducido por sustancias (secundario) del primario.
2. *Interferencia mutua en los tratamientos específicos.*
3. *Incumplimiento de la prescripción.*
4. *Necesidad de cuidados junto a la pérdida de apoyo social.*
5. *Carencia de recursos asistenciales reales.*
6. *Elevada frecuencia de trastornos de la conducta en el seno familiar.*
7. *Elevada incidencia de problemas legales.*

tancias (15 %). Un 47 % de los pacientes con esquizofrenia y el 56 % de los pacientes con trastorno bipolar padecerá un trastorno dual en algún momento de su vida.

Por otro lado, las personas dependientes de sustancias presentan un riesgo cuatro veces mayor de padecer un trastorno mental asociado y las personas con enfermedad mental tienen un 4,5 veces más de riesgo de padecer una dependencia. Considerando las diferentes sustancias, la adicción a la cocaína es la que más se asocia con trastorno mental, aumentando el riesgo de padecer un trastorno mental con una ratio de 11 mientras que los pacientes de opioides es de 6,7 y de alcohol en 2,3.

Estudios que evalúan la prevalencia de consumo de sustancias en pacientes en tratamiento por otros trastornos psiquiátricos encuentran que un 70-90 % de los pacientes con esquizofrenia padecen una dependencia a nicotina, el 21 % presenta dependencia a drogas, siendo el más frecuente el cannabis (18,95 %), los estimulantes (8,7 %), LSD (8,0 %) y los opiáceos (5,3 %)[3].

Las adicciones, como el resto de las enfermedades mentales, presentan una etipoatogenia compleja, siendo el modelo biopsicosocial el que mejor explica la aparición de ambas patologías. La estrecha relación entre las conductas adictivas y otros trastornos psiquiátricos reflejan factores y sustratos cerebrales comunes, basados en una probable diátesis genética. Los estudios de genética epidemiológica realizados en familias, gemelos y adopciones sugieren que los factores genéticos confieren cierta vulnerabilidad directa hacia la adicción pero en otros la influencia es indirecta, predisponiendo al desarrollo de enfermedades psiquiátricas asociadas al consumo de sustancias (patología dual). Existe un amplio rango de heredabilidad de las adiciones que está descrito entre el 30 y 70 %. Otra de las teorías globalmente contempladas es el de la «automedicación» en la que las sustancias y su efecto psicotropo se utilizan para hacer frente al sufrimiento emocional[4].

El efecto de las sustancias de abuso sobre el cerebro produce cambios neurobiológicos que incrementan la vulnerabilidad para desencadenar un trastorno mental[5].

Las personas con patología dual presentan una mayor vulnerabilidad al estrés con un menor umbral de tolerancia a resistirlo, lo que desencadena situaciones vitales estresantes de diferente índole. Por lo que un desequilibrio en uno de los ejes (bien sea el consumo o la psicopatología) provoca una descompensación del otro.

En este sentido, el trabajo que se debe de hacer en los Programas de Patología Dual sería el fortalecer el umbral de tolerancia al estrés, generar alternativas de afrontamiento y psicoeducación en factores de riesgo y protectores.

Por todo lo anteriormente expuesto, la alta tasa de prevalencia de patología dual orienta hacia la necesidad de programas específicos en la red de salud mental dirigidos a la atención integral de la patología dual así como a la prevención en las primeras fases de la enfermedad del consumo y en la población más susceptible como es la gente joven.

CONTEXTO

Ante todo hay que situar el Programa Joven de Patología Dual de Les Corts (PJPD-LC) en el marco político sanitario en que se ha iniciado y desarrollado. Este marco viene dado por el Plan Director de Salud Mental y Adicciones del gobierno autonómico catalán, el Comité Operativo de Salud Mental y Adicciones (COSMIA)

de Barcelona Esquerra, y el propio Plan Funcional del Centro de Higiene Mental de Les Corts. Son tres niveles programáticos que confluyen en un Proyecto Estratégico de Salud Mental y Adicciones que pretende ofrecer una atención integral e integrada a los problemas de salud mental en los que se incluyen los problemas de abuso de sustancias.

Del Plan Director de Salud Mental y Adicciones[6], las propuestas y líneas de acción que se recogen en el PJPD-LC son:

- En cuanto a los *modelos de servicios:*
  - Integración de las redes especializadas: salud mental y adicciones.
  - Integración con la Atención Primaria, servicios educativos, Servicios Sociales y otros.
- En relación a los *objetivos:*
  - Potenciar un sistema de gestión integrada en el territorio de los servicios de Salud Mental y Adicciones y de servicios sociales que garantice la continuidad asistencial.
  - Promover la integración funcional integrada de las redes de Salud Mental de Adultos e Infantil y juvenil y de drogodependencias.
- En cuanto a los *proyectos a implementar:*
  - Favorecer la gestión compartida y la proximidad física de los equipamientos.
  - Flexibilizar los servicios de salud mental para la atención de las personas con problemas de adicción.
  - Compartir actividad y dar apoyo a la Atención Primaria de Salud en la detección y atención.
  - Desarrollar un programa común de atención a los adolescentes con problemas de consumo.
  - Crear espacios territoriales de cooperación entre el Centro de Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ), el Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias y el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA).
  - Crear unidades funcionales CSMIJ-CAS.
  - Flexibilizar el traspaso de servicios dando más importancia a la situación clínica y la vinculación al tratamiento que a la edad; adaptación del modelo actual del Plan de Servicios Individualizado: ampliación en los casos indicados de personas con problemas adictivos.

Asimismo, desde 2007 el Comité Operativo de Salud Mental y Adicciones (COSMIA) de Barcelona Esquerra trabaja aunando esfuerzos desde los diferentes servicios de atención primaria de salud y atención especializada de salud mental (los CSMA, los CSMIJ, las unidades de hospitalización de día y total, servicios de urgencias del Hospital Clínico de Barcelona, servicios de rehabilitación psicosocial y centros de adicciones) para poder dar respuestas integradas y ofrecer la necesaria continuidad asistencial. Cubre la atención de 551.347 habitantes de Barcelona ciudad en los distritos de Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi, Esquerra de l'Eixample y Sants-Montjuic. Puede decirse que el COSMIA de Barcelona Esquerra ofrece unos rasgos básicos de modelo integrado para el territorio asignado que son:

- Voluntad de dar una respuesta global integradora de todos los recursos, mediante un trabajo en red.
- Conseguir una cooperación activa entre todos los agentes implicados.
- Potenciar la complementariedad entre los dispositivos de salud mental y los de atención a las adicciones, buscando

soluciones imaginativas para así potenciar sinergias.

– Dar respuesta a las necesidades de la población infantojuvenil en la atención a las conductas adictivas.

Por tanto, con los protocolos establecidos se organiza la interacción entre los dispositivos ambulatorios y de hospitalización total y parcial, y se atienden pacientes con cualquier trastorno por adicciones. También se han definido los flujos entre dispositivos de salud mental y adicciones y se han revisado los protocolos. Se está trabajando en la difusión de trípticos elaborados desde la Agencia de Salud Pública catalana en relación a las diferentes sustancias de abuso destinados a profesionales de Atención Primaria de Salud y Salud Mental y para pacientes, con el objetivo de hacer detección precoz del abuso de sustancias. Finalmente, también se trabaja en la confección de protocolos de evaluación y atención según el nivel asistencial y el dispositivo.

El Centro de Higiene Mental Les Corts inició sus actividades en el verano de 1975, por iniciativa de un colectivo de profesionales con la finalidad de desarrollar un proyecto de salud mental comunitaria. Tiene como referencia los distritos de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi.

Sus objetivos son promover la Salud Mental de la población, la prevención de la enfermedad mental y la educación para la salud. Así mismo se plantea coordinar sus actividades y dar soporte a la atención primaria de salud, los servicios sociales, comunitarios y educativos. Realizar tareas de asistencia psiquiátrica, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras; y desarrollar formación continuada, docencia e investigación en SM.

Se le encomendó en el 2010 hacerse cargo de la atención a las personas con problemas de abuso de sustancias para el sector de Les Corts, dado que no había un CAS en el distrito. El primer reto era integrar las actividades de un CAS en la actividad de un CSMA. Pero en el contexto de crisis y recortes hubo que priorizar, y se eligió comenzar por la franja de edad en la que aparece el consumo: 14-35 años, coincidiendo el rango con la del «Programa Joven» dirigido también a esta franja de edad. El objetivo es priorizar la atención cuando pueden aparecer los problemas de salud mental que pueden tener desarrollos posteriores más disfuncionales.

Es en este contexto que en marzo del 2011 se inicia el Programa Joven de Patología dual (PJPD) de Les Corts.

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

En estudios de incidencia de problemas de salud a lo largo de la vida, aparece (gráfico I) que los problemas de salud mental son los trastornos de salud más importantes entre los 14 y los 25 años[7].

Asimismo, estudios de edad de inicio de diferentes problemas de salud mental, indican que este rango de edad es el del comienzo de aquellos trastornos que pueden tener una evolución más complicada, con efectos importantes en la funcionalidad de las personas, como se pone de manifiesto en el gráfico II, en que la edad de inicio de los trastornos del control de los impulsos, los trastornos por uso de sustancias, los trastornos por ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia oscila entre los 5 y los 35 años, y especialmente entre los 14 y los 24 años[8].

Además, y como ilustra el gráfico III, los datos de prevalencia de pacientes atendidos en los servicios de salud mental de la Red de Salud Mental de utilización pública de Cataluña en el rango de edad que estamos hablando, es especialmente bajo[9].

Los puntos débiles en la atención a la población joven son, básicamente, la actividad preventiva baja y la infradetección del abuso de sustancias en el ámbito de la salud mental. Habitualmente no se tienen en cuenta las características específicas de la atención a la población joven con patología dual, como son unos ritmos o «tempos» diferentes a los de la población adulta, el estigma de consultar, sobre todo en un servicio de salud mental. También se observa una falta de respuesta a las necesidades específicas de evaluación y atención, con carencias en la formación para la detección y tratamientos integrales, así como actitudes de los profesionales no suficientemente activas para la vinculación y mantenimiento, y organización deficiente de los recursos, con listas de espera, saturación por lo urgente, largos espacios de tiempo entre visitas... Hay que reconocer, en suma, que los servicios no suelen ofrecer flexibilidad en las respuestas, ni tratamientos integrales, ni continuidad asistencial, estando los tratamientos fragmentados en servicios de hospitalización, de rehabilitación (Servicio de Rehabilitación, Centro de Día), ambulatorios de salud mental (CSMIJ, CSMA) y de adicciones (CAS), y otros. Puede resumirse expresándolo de la siguiente manera: *formamos parte del mismo sistema y sabemos que existimos, pero cada servicio se mueve en su órbita.*

GRÁFICO I

Estudio sobre la incidencia de Enfermedad según la edad, Victoria 1996 (Adaptado de Victorian burden of disease study: morbidity 1996)[7]

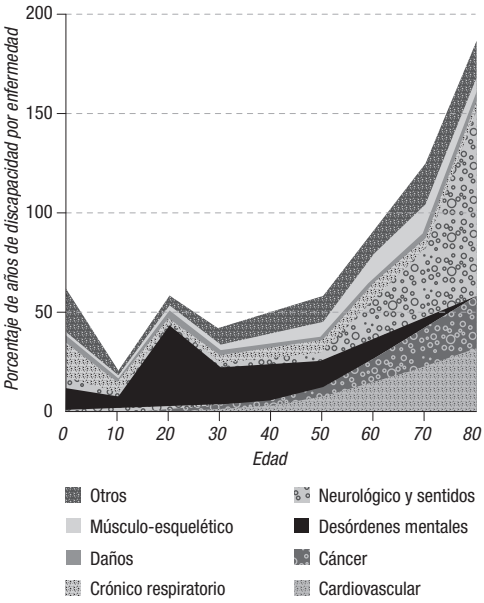


GRÁFICO II

Edad de inicio de la enfermedad mental (Adaptado de Kessler et al. 2007)[8]

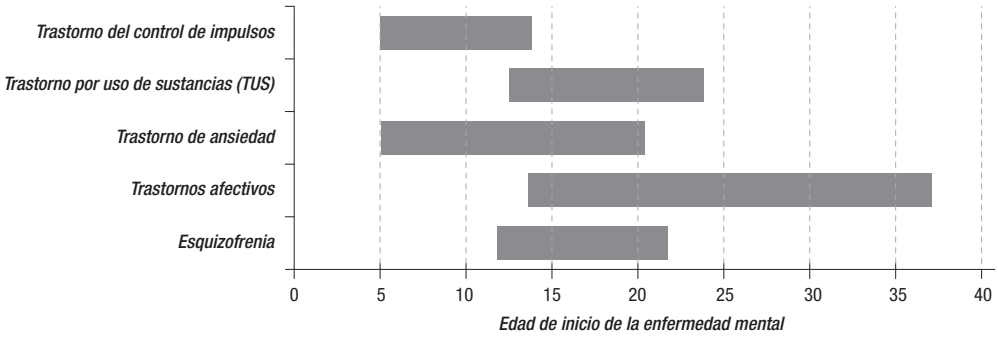


GRÁFICO III

Prevalencia atendida en el CSM en el 2012 según edad y género (datos del CMBD de Salud Mental, 2010)

Fuente: CMBD-SM.

En la tabla II se enumeran las ventajas del tratamiento integral versus las desventajas del modelo de tratamiento en paralelo vigente hasta ahora.

La finalidad del Programa Joven de Patología Dual de Les Corts (PJPD-LC) es ofrecer atención especializada a la población de este distrito barcelonés con mayor vulnerabilidad y en el intervalo de edad comprendido entre los 14 y 35 años. Es en este rango de edad donde se puede realizar un trabajo de prevención y atención relevante.

Dentro del Programa Joven priorizamos los programas de atención específicos:

- El Trastorno Mental Grave (TMG) hasta los 17 años.
- La psicosis incipiente (PAETPI).
- El Trastorno Límite de Personalidad (TLP).
- El Trastorno Mental Severo (TMS).
- El Programa Joven de Patología Dual (PJPD).

Se trata de atender las situaciones de riesgo de peor evolución y evitar la discontinuidad en la atención al cumplir 18 años.

Las intervenciones se basan en el modelo comunitario de atención a la patología dual, con un criterio de asistencia integral y territorializado.

La atención especializada se ofrece a través de un programa de atención básica y de programas específicos, mediante actividades de:

- Promoción en salud mental.
- Actividades de prevención.
- Acogida, valoración diagnóstica y tratamientos a través de los programas de atención general y específica.

TABLA II

Ventajas del tratamiento integral versus las desventajas del modelo de tratamiento en paralelo en patología dual

Ventajas del tratamiento integral	Desventajas del tratamiento en paralelo
– Atención ambulatoria. – Mayor accesibilidad y aceptabilidad del tratamiento. – Mayor coordinación con otros servicios. – Mayor detección e intervención precoz en Atención Primaria de Salud. – Menor número de hospitalizaciones. – Menor número de conductas ilegales. – Mayor integración social. – Menor estigmatización. – Normalización de la atención.	– Desconfianza mutua entre los equipos. – Mensajes contradictorios al paciente. – Descoordinación en las intervenciones.

TABLA III

Criterios de inclusión y exclusión del PJPD-LC

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
– Adolescentes, jóvenes y adultos entre 14 y 35 años con problemas de abuso o dependencia de sustancias que soliciten tratamiento. – Adolescentes, jóvenes y adultos entre 14 y 35 años que presenten un trastorno mental comórbido.	– Pacientes con trastorno por abuso o dependencia de opioides que son derivados al CAS de Sants. – Pacientes sin patología dual en los que el único diagnóstico es el abuso o dependencia de sustancias derivados a las Unidades Específicas existentes. – Pacientes fuera de este rango de edad.

– Rehabilitación, inserción laboral e integración psicosocial.

– Dispositivos sanitarios, sociales, de educación y comunitarios.

– Servicios asistenciales especializados en salud mental y adicciones.

La población diana del Programa Joven de Patología Dual-Les Corts (PJPD-LC) viene determinada por unos criterios de inclusión y de exclusión que se exponen en la tabla III.

El modelo organizativo del PJPD-LC gira en torno a tres ejes fundamentales enmarcados en un modelo territorial de asistencia integrado por un equipo multidisciplinar especializado cuyo objetivo como línea de trabajo es la búsqueda de la recuperación y capacitación funcional del paciente. Lo esquematiza la figura 1.

FIGURA 1

Modelo organizativo del PJPD-LC

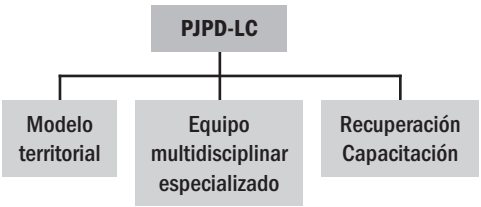
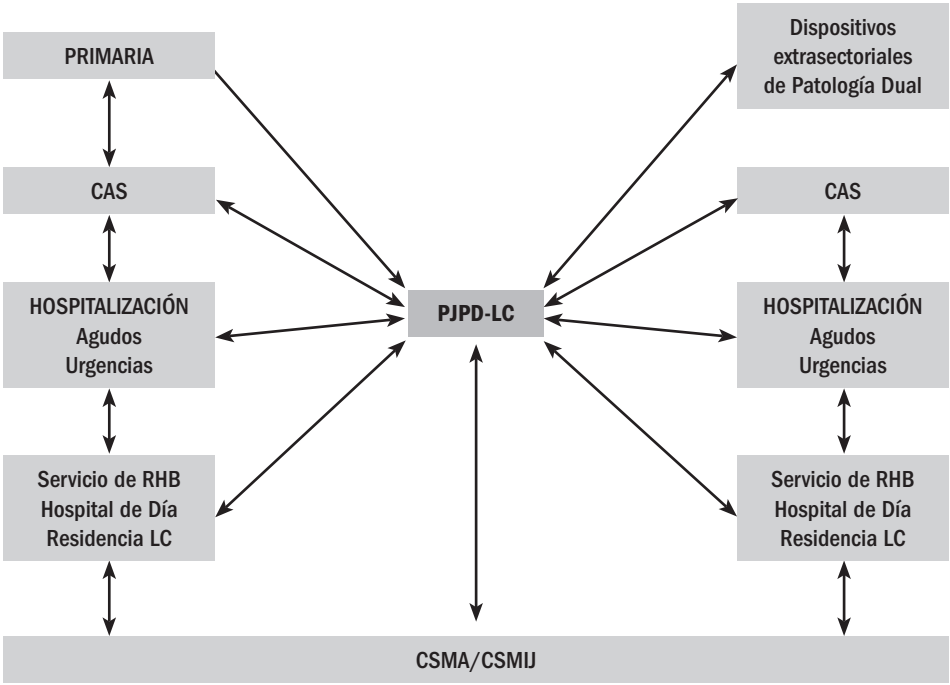


FIGURA 2
Flujos de entrada y salida del PJPD-LC



- ***Modelo territorial,*** de base asertivo-comunitaria y referido al área de salud mental del distrito de Les Corts, que se basa en el desarrollo continuado de actividades de detección y coordinación con otros dispositivos y profesionales tanto de sector como extrasectorial.

- ***Modelo de atención*** por un equipo multidisciplinar especializado compuesto por:
  - Médico psiquiatra, psicólogo, enfermería, trabajador social o educador social.
  - *Case management* o coordinador de cuidados que incluye:
    - *a)* Formación específica y continuada y habilidades apropiadas.
    - *b)* Profesionales especializados en actividades de rehabilitación psicosocial, cognitiva y de apoyo vocacional.

- ***Modelo de atención con capacidad,*** que implica:
  - Competencia para dar respuestas ágiles y flexibles en tiempo y espacio.
  - Actitud proactiva, en busca del vínculo y evitando la desvinculación.
  - Buscar la capacitación y recuperación del paciente.
  - Basarse en las necesidades y metas vitales del paciente.

Los recursos humanos que se dotaron inicialmente al PJPD-LC fueron un mé-

dico psiquiatra y un trabajador social a media jornada. Los recursos humanos restantes se comparten con el centro de salud mental de adultos (CSMA), el programa de servicios individualizados (PSI) y el centro de salud mental infantojuvenil (CSMIJ). Esto significa que, para conseguir su finalidad, el PJPD-LC se integra en ambos centros de salud mental, el de adultos y el infantojuvenil del distrito de Les Corts, y coordina sus actividades con los otros dispositivos del Centro de Higiene Mental de Les Corts como son el servicio de rehabilitación psicosocial de Les Corts, el Servicio Prelaboral, el Club social, el hospital de día infantojuvenil y el programa de voluntariado «manos y tiempo».

Asimismo se coordina con otros servicios del circuito asistencial especializado en salud mental y adicciones y otros servicios comunitarios, tal como se refleja en la figura 2.

La figura 2 esquematiza los flujos de entrada y salida alrededor del PJPD-LC, en que sobre la base de los dos centros de salud mental (el de adultos y el infantojuvenil), hay una nutrida interacción entre diversos dispositivos. Por el lado de la atención a adultos, está la Atención Primaria de Salud, los centros de atención y seguimiento (CAS) de drogodependencias, la hospitalización de agudos y urgencias, y dispositivos como el servicio de rehabilitación comunitaria, el hospital de día y la residencia de Les Corts. Y por el de la atención a la población infantojuvenil, están los dispositivos extrasectoriales de patología dual y los ya mencionados CAS, hospitalización de agudos y urgencias, y servicio de rehabilitación comunitaria, hospital de día y residencia de Les Corts.

El objetivo asistencial del PJPD-LC consiste en ofrecer una atención integral preventiva, diagnóstica y terapéutica a gente joven con patología dual y según un modelo triaxial y global, es decir, que tiene en cuenta al individuo, la sustancia y el contexto.

La actividad desarrollada en el PJPD-LC se centra en las siguientes grandes áreas como son la promoción en Salud Mental y actividades de prevención. Para ello, se realiza una evaluación integral e individualizada de cada caso con la elaboración del plan terapéutico individualizado (PTI) trasversal y multidisciplinar, que incluye:

- Intervención farmacológica.
- Cuidado somático.
- Intervención psicológica.
- Intervención familiar.
- Intervención de enfermería.
- Intervención de trabajo social.
- Programa de servicios individualizado (PSI).
- Intervenciones de rehabilitación psicosocial, inserción laboral e integración psicosocial.

RESULTADOS

Seguidamente, y con una serie de gráficos, se pretende ilustrar un año y medio de experiencia del Programa Joven de Patología Dual de Les Corts (PJPD-LC) a partir de la Memoria 2011-2012. El gráfico IV muestra el porcentaje que corresponde al PJPD-LC, 65 %, respecto de la distribución total de pacientes en programa.

El gráfico V muestra cómo se distribuyen los pacientes según tengan o no trastorno mental severo. El gráfico VI hace lo propio distinguiendo entre los acogidos a los programas Trastorno Psicótico Incipiente (TPI), trastorno mental severo (TMS) y otros.

GRÁFICO IV

Distribución total de pacientes en PJPD-LC. Diciembre 2012 (n = 77)

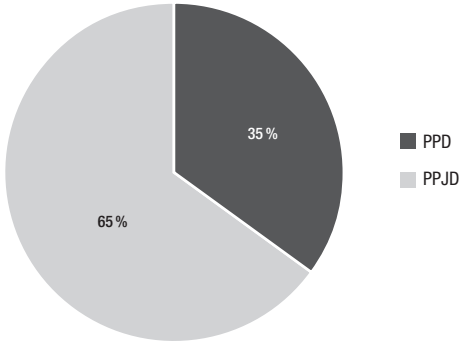
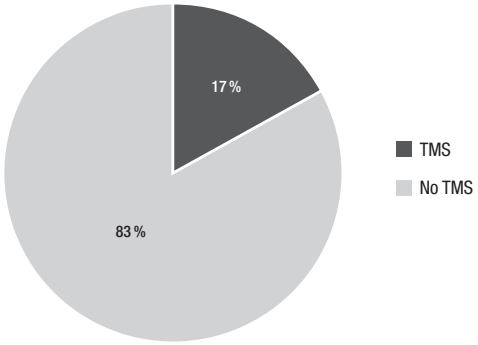


GRÁFICO V

Distribución total de pacientes TMS incluidos en programa hasta diciembre 2012 (n = 77)



El gráfico VII ilustra la distribución según cuatro grupos de edad, de 15 a 20 años, de 21 a 25, de 26 a 30 y de 31 a 35 años. Según los datos, los grupos por edades son homogéneos cuantitativamente entre ellos. El gráfico VIII muestra la distribución por género, por la que vemos que las mujeres, con un 45 %, están notablemente representadas, más de lo que suele darse en otros entornos.

El gráfico IX representa los porcenta-

GRÁFICO VI

Distribución de pacientes en PJPD-LC. Diciembre 2012 (n = 49)

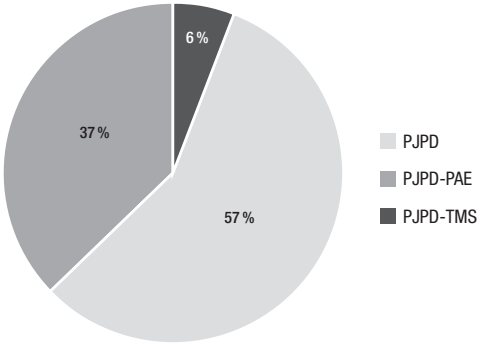


GRÁFICO VII

Distribución por edades en PJPD-LC. Diciembre 2012 (n = 49)

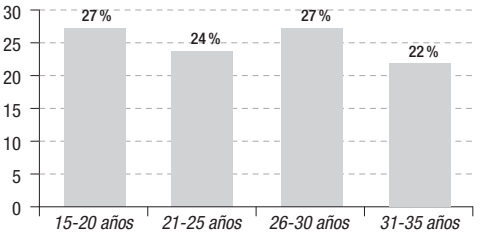


GRÁFICO VIII

Distribución por género en PJPD-LC. Diciembre 2012 (n = 49)

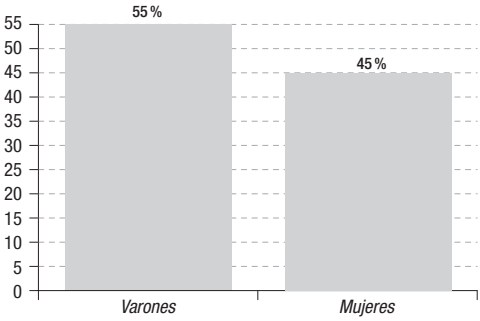


GRÁFICO IX
Patrón de consumo por número de sustancias

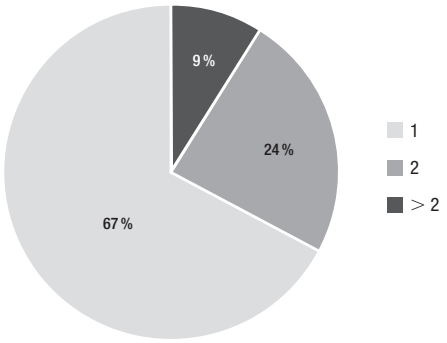


GRÁFICO X
Sustancia más frecuente consumida en monoconsumo

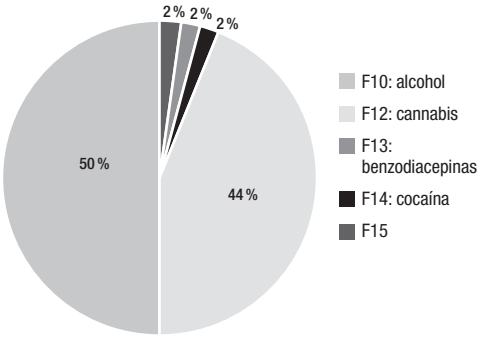


GRÁFICO XI
Características del consumo

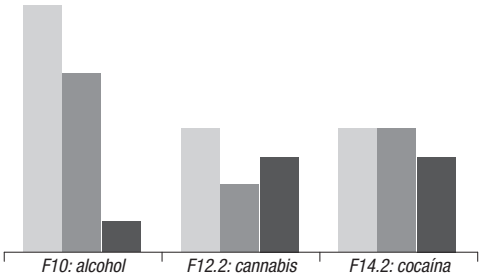
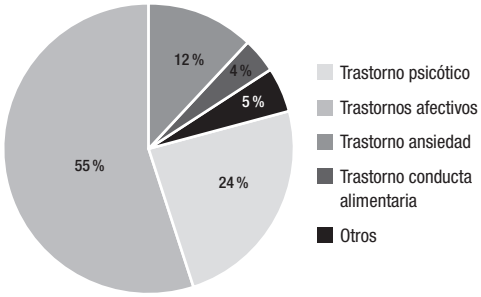


GRÁFICO XII
Comorbilidad en Eje I



jes de las sustancias consumidas y se observa que el 67 % corresponde a alcohol, el 24 % a cannabis y el 9 % a cocaína. El gráfico X indica que el alcohol, con un 50 %, es la sustancia más frecuentemente consumida en monoconsumo, seguida de cannabis, 44 %, y otras sustancias (cocaína, anfetaminas) igualadas con un 2 %. El gráfico XI ilustra que, en caso de consumo de dos o más sustancias, la secuencia es, por este orden: alcohol, cannabis, cocaína y anfetaminas; un solo paciente presentó abuso de benzodiacepinas comórbido.

Respecto a comorbilidad en el Eje I del DSM-IV, los 49 pacientes evaluados (gráfico XII) se distribuyeron así:

– Trastorno afectivo, 55 %.
– Trastorno psicótico, 24 %.
– Trastorno de ansiedad, 12 %.
– Trastorno de la conducta alimentaria, 4 %.
– Otros, 5 %.

En cuanto al Eje II, el 71 % de todos los pacientes presentó comorbilidad con rasgos de personalidad, es decir, con diag-

GRÁFICO XIII
Comorbilidad en Eje II (n = 49)

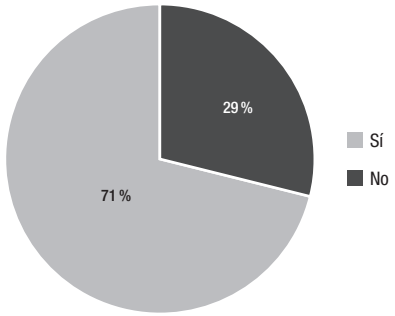
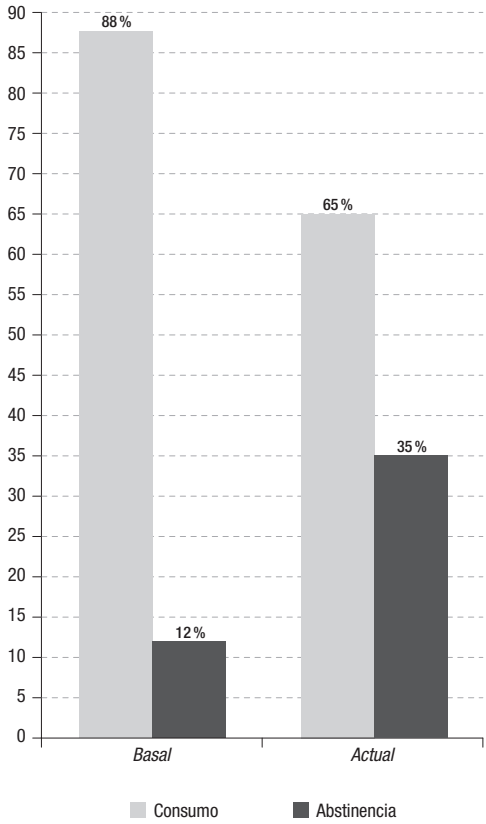


GRÁFICO XIV
Evolución del consumo al año de vinculación al PJPD-LC (n = 49)

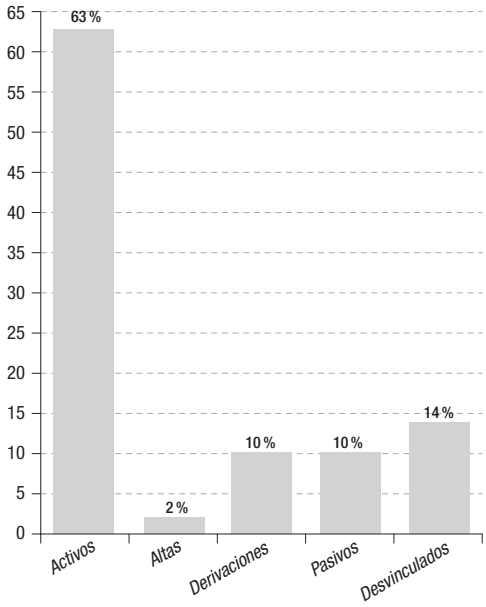


nóstico inestable de trastorno de la personalidad. Un 63 % aquejaba rasgos de inestabilidad emocional e impulsividad correspondientes a los criterios del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad; el resto correspondió a trastorno histriónico, esquizoide y disocial de la personalidad, y a otros (gráfico XIII).

En relación al Eje III del DSM-IV TR[10], la problemática más frecuente estaba relacionada con el grupo familiar (problemas paterno-filiales, problemas de relación asociados a un trastorno mental o a enfermedad médica, etc.). La segunda más frecuente estaba relacionada con problemas laborales (desempleo). También se detectó problemática académica. Un 3 % presentaba problemática legal.

El gráfico XIV ilustra los porcentajes de consumo y abstinencia basal y al año. En el punto de partida, el 88 % consumía y el 12 % se abstenía. Un año después se

GRÁFICO XV
Nivel de vinculación al PJPD-LC (n = 49)



produjo un incremento del porcentaje de pacientes en abstinencia, con lo que el 65 % consume y un 35 % se mantiene en abstinencia.

El gráfico XV refleja el nivel de vinculación de los pacientes del PJPD-LC, con un 63 % activo, es decir, que acuden a las visitas. El segmento de pacientes derivado, o sea que reciben el alta o son remitidos a otro sector, conforma un 12 %. A igual porcentaje llegan los desvinculados, es decir, los que llevan más de seis meses sin acudir a visitarse. Finalmente, el segmento pasivo es el de pacientes que han estado de uno a seis meses sin acudir a visita.

CONCLUSIONES

■ La población joven se halla en una edad de especial vulnerabilidad, pero también de gran plasticidad. Es una población que requiere una atención integral por un equipo multidisciplinar y especializado que pueda dar respuestas en un marco de atención flexible y adaptada a sus necesidades evolutivas.

■ El objetivo último del tratamiento es dar a estos jóvenes el **apoyo necesario** para retomar sus estudios y/o poder integrarse en el mundo laboral y conseguir una recuperación y capacitación funcional.

■ En este sentido el PJPD-LC es un modelo de atención integral porque permite y da respuestas ágiles y flexibles en tiempo y espacio a la población joven con patología dual. El trabajo se realiza desde una actitud proactiva, y busca el vínculo. El PJPD-LC persigue como objetivo último fomentar la capacitación y recuperación y se fundamenta en las necesidades y en las metas vitales del paciente.

■ La coordinación y el tratamiento integral del Programa Joven de Patología Dual de Les Corts, en suma, facilita la continuidad asistencial entre los centros de salud mental infantojuvenil y de adultos y el servicio de rehabilitación comunitario (CSMIJ-CSMA-SRC) y los dispositivos restantes. Son logros, todos estos, que indudablemente aumentan la motivación y satisfacción de los profesionales. Y lo que se necesita, por supuesto, es disponer de más recursos económicos para crecer y mejorar en nuevas metas presentes y futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regier DA et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990;264(19):2511-8.
2. Kessler RC et al. Lifetime ans 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric disorder in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
3. Duke et al. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia: epidemiological study in central London. Br J Psychiatry 2001; 179:509-13.
4. Brady KT et al. Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. Am J Psychiatry 2005;162(8):1483-93.
5. Volkow ND. Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. Am J Psychiatry 2001;158(8): 1181-3.
6. Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya; 2006. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/

7. Vos T et al. The burden of mental disorders in Victoria, 1996. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001;36(2): 53-62.

8. Kessler RC et al. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. Current Opinion Psychiatry 2007; 20(4):359-64.

9. CMBD de Salud Mental 2010 (Conjunto mínimo básico de datos.) http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov_cmbd.htm

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®. Washington DC, American Psychiatric Pub.; 2000.

¿QUÉ HAY QUE PRESERVAR DE LA RED DE DROGAS? LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN CATALUÑA: DE LA PATOLOGÍA DUAL A LA INTEGRACIÓN DE REDES

ENRIC BATLLE

Psiquiatra. Centro de atención a las drogodependencias, Servicio de salud mental y adicciones. Hospital de Mataró, Consorcio sanitario del Maresme (Barcelona). Miembro de la secretaría permanente de la Coordinadora de CAS de Cataluña.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

La atención en salud mental y adicciones en Cataluña sufre una «anomalía» histórica: la existencia de dos redes asistenciales diferentes, una para la salud mental y otra para el tratamiento de las drogodependencias. Esta anomalía de las dos redes resulta aún más evidente en presencia de la patología dual. Desde hace unos años, con la creación del Plan Director de Salud Mental y Adicciones catalán, se inició el proceso de integración de las redes, todavía con un bajo nivel de desarrollo. Desde la Red de Atención a las Drogodependencias, XAD en siglas catalanas, se ha puesto de manifiesto en diversas jornadas de trabajo y reuniones la percepción tanto de oportunidades como de amenazas en esta integración. En este contexto, puede ser oportuno reflexionar sobre la necesidad de reafirmar y preservar algunas de las características del funcionamiento y del modelo de atención de los centros de la XAD.

LOS ANTECEDENTES

En un primer momento, a finales de los años 70, la demanda de atención a drogodependientes pilló desprevenidos tanto a la administración como a los profesionales y a los dispositivos sanitarios existentes. La falta de recursos y coordinación favoreció la aparición de respuestas locales y heterogéneas. En Cataluña, los primeros centros de atención a drogodependencias se crearon a finales de los años 70 y primeros de los 80. Estos primeros dispositivos asistenciales estaban orientados al tratamiento de problemas derivados del consumo de drogas ilegales, sobre todo heroína, y respondían a la necesidad de afrontar una situación de creciente alarma social y sanitaria. Tenían ubicaciones no planificadas y dependencias administrativas diversas (ayuntamientos, diputaciones, hospitales, instituciones religiosas...) y en la mayoría de los

casos sin relación con organismos o servicios de salud mental.

Es a mediados de los 80 cuando, desde la Administración, se empieza a organizar la atención a las drogodependencias. En Cataluña este proceso se inicia con la Ley catalana 20/1985 del 25 de julio, de *prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia*.

En dicho año se crea en España el Plan Nacional sobre Drogas y, posteriormente, los diferentes planes autonómicos. En Cataluña, en 1987, el Plan Catalán de Drogodependencias supuso el desarrollo de la ley 20/1985 y la creación de la XAD a partir de los centros existentes. En cambio, la red de salud mental, XSM en siglas catalanas, no se creó oficialmente hasta 1999 mediante el Decreto 213/1999, de 3 de agosto, de *reordenación de los servicios de salud mental*.

En algunas Comunidades Autónomas se produjo, posteriormente, la integración y normalización de la asistencia a los drogodependientes en el sistema general de salud, mientras que otras optaron por mantener redes paralelas específicas, como es el caso de Cataluña. Este segundo modelo propició, en un primer momento, el rápido desarrollo de dispositivos altamente especializados, pero quizá favoreció el mantenimiento de la estigmatización de usuarios —y profesionales— y, sobre todo, se mostró ineficaz en cuanto a la atención de pacientes con comorbilidad psiquiátrica y por uso de sustancias.

Tanto organismos internacionales como el mismo Plan Nacional sobre Drogas (2009) coinciden en la recomendación de evitar redes de atención paralelas. En España, la mayoría de Comunidades Autónomas han integrado la asistencia de los trastornos adictivos en la red de salud mental. En Cataluña esta integración se hizo oficialmente, pero solo en lo que atañe a la dependencia administrativa, en 2006 *(Pla Director de Salut Mental i Addiccions).*

LA RED DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS EN CATALUÑA

La red de atención a drogodependencias catalana, XAD, está formada por un conjunto de centros y dispositivos distribuidos por el territorio que desarrollan actuaciones diversas en el tratamiento y rehabilitación de drogodependientes. Es una red pública con dependencia administrativa del *Departament de Salut* o el *Departament de Benestar Social,* según sea la tipología del dispositivo.

En su mayor parte se trata de centros concertados, gestionados por consorcios sanitarios públicos, organizaciones no gubernamentales y, en algunos casos, de dependencia municipal. En la base del sistema se hallan los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias, que son los centros de atención ambulatoria. En 2010, la XAD disponía de 64 CAS que, en su conjunto, en 2009, habían realizado 14.825 inicios de tratamiento, 477.342 visitas individuales y tenían a 8.800 usuarios en programas de tratamiento con metadona. En cuanto a hospitalización, la XAD dispone de 64 camas en 10 Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD), de seis Unidades de Patología Dual compartidas con la red de salud mental, XSM, y de una Unidad de Crisis. Como recurso residencial disponía de 337 plazas en 18 Comunidades Terapéuticas y 135 plazas en 18 Pisos de Rehabilitación. La XAD también dispone de plazas en Centros de Día y 11 dispositivos de reducción de daños, con seis salas de consumo de drogas o venopunción.

LA PATOLOGÍA DUAL

De todos modos, donde surgen más dificultades, es en la atención a la patología dual, ya que siempre ha resultado evidente la poca funcionalidad de la existencia de dos redes asistenciales separadas, una para la salud mental y la otra para drogodependencias, por las dificultades de coordinación y la falta de complementariedad o la duplicación de algunos servicios. Es, en este caso, donde la realidad pone más de manifiesto los inconvenientes y obliga a replantear las redes separadas. Así, la patología dual ha resultado ser un factor decisivo en el cuestionamiento de la existencia de las dos redes.

Ya bien pronto, desde inicios de los años 80, se observa un aumento del consumo de sustancias en pacientes psiquiátricos, simultáneo a un aumento de la incidencia de trastornos mentales en drogodependientes. Diversos estudios epidemiológicos ponen de manifiesto la alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en drogodependientes. Desde la red de atención a drogodependencias se alerta de la existencia de problemas en el manejo de los pacientes duales y de las dificultades para la derivación y acceso de estos pacientes a recursos de la red de salud mental.

Ante esta situación, en 1994 se pone en marcha desde el *Departament de Salut,* entonces de *Sanitat i Seguretat Social,* un *grupo de trabajo de patología dual* mixto, con representantes de diversos estamentos de la red de salud mental y de la de atención a drogodependencias. Este grupo de trabajo pone de manifiesto una serie de evidencias como son, entre otras, el importante papel que tiene la presencia de psicopatología en el inicio y mantenimiento de las conductas adictivas, la dificultad diagnóstica y complejidad terapéutica en este tipo de pacientes y, sobre todo, las dificultades asistenciales derivadas de la falta de recursos específicos y los obstáculos a la derivación entre redes. También propone algunas recomendaciones, entre las que se encuentran: la necesidad de incorporación de psiquiatras en los CAS que no dispongan de ellos en su equipo, el desarrollo de formación específica en patología dual en ambas redes, y la creación de las Unidades de Patología Dual (UPD) como recurso de hospitalización específico, con acceso desde ambas redes. Inicialmente se crearon tres UPD: la de Sagrat Cor Serveis de Salut Mental en Martorell en 2001, la UPD del hospital Benito Menni en Sant Boi en 2002 y la del Institut Pere Mata de Reus en 2004.

Por su parte, la Coordinadora de CAS de Catalunya creó, en 1998, un *grupo de trabajo de patología dual,* formado por representantes de diversos CAS. Este grupo de trabajo realizó, en primer lugar, una encuesta de opinión sobre la percepción de la patología dual en los CAS y un estudio multicéntrico de prevalencia de patología dual, desarrollado en 1998 y 1999. También organizó una jornada de trabajo sobre el mismo tema y finalmente elaboró un documento de propuesta para la atención de pacientes con patología dual en los CAS. La encuesta de opinión (1998) mostró la percepción según la cual entre el 30 y el 60 % de pacientes atendidos en los CAS presentaban patología dual. También mostró que el 57,7 % de los centros participantes consideraban «difícil» su relación con la red de salud mental y solo el 30,8 % la describían como «fluida». En cuanto al estudio de prevalencia, los resultados mostraron que el 66 % de pacientes atendidos en los CAS tenían al menos un diagnóstico psiquiátrico adicional, pero también que solo un 9 % de pacientes provenían de la red de salud mental y solo un 14 % de pacientes estaban siguiendo tratamiento

en centros de salud mental. Entre las conclusiones de la jornada de trabajo (1999) destacaba que «...la existencia de dos redes separadas condiciona y dificulta la atención» de los pacientes con patología dual y se proponía la utilización indistinta de los recursos de ambas redes y la optimización de los recursos existentes por encima de crear otros nuevos.

LA INTEGRACIÓN DE REDES

Años más tarde, en el marco del II Congreso Catalán de Salud Mental, tuvo lugar una mesa redonda sobre el modelo de intervención en adicciones y salud mental, con participación de ponentes de la red de atención a drogodependencias, de la red de salud mental y del *Departament de Salut.* En las conclusiones de esta mesa redonda se remarcaba que había que superar la realidad histórica de las dos redes, que debían adaptarse los recursos existentes a las nuevas necesidades y, a corto plazo, tender a que fuese una misma institución la que gestionase los recursos de salud mental y drogodependencias en una misma zona, con el fin de favorecer los mecanismos de coordinación.

Es evidente la necesidad de integrar ambas redes. Se han expresado dudas sobre el posible modelo de integración, en base a algunas experiencias negativas en este sentido o sobre si tiene que haber un modelo único. Desde el *Pla Director de Salut Mental i Addiccions,* creado en 2006, se propuso la «integración funcional» de los recursos de ambas redes. Este plan director proponía un nuevo modelo de atención en salud mental, sobre la base del enfoque comunitario, la integración entre redes especializadas, el trabajo en red a partir de equipos multidisciplinares, y explicitaba entre sus objetivos la «...promoción de la organización funcional integrada de las redes y servicios de atención», concretada en la integración de las redes de salud mental de adultos, infantojuvenil y de drogodependencias. No obstante, esta integración se ha ido posponiendo durante años.

Así, tres años después, en 2009, en una reunión del *Consell Assessor* del mencionado plan director, solo se pudieron presentar como resultados del proceso de integración funcional de salud mental y adicciones los siguientes: la creación de un mapa sanitario y sociosanitario conjunto, la existencia de un decreto único de autorización administrativa, el desarrollo de una cartera de servicios de salud mental y adicciones conjunta en atención primaria de salud, la puesta en funcionamiento de unos programas piloto de atención a adolescentes con problemas de consumo en el 22 % de los centros de salud mental infantojuvenil, y el hecho de que el 50 % de los CAS estuviesen gestionados por entidades proveedoras de salud mental, aunque sin explicitar una integración efectiva.

¿Qué hay que preservar de la red de drogas?

Más tarde que pronto, la integración de las redes de salud mental y la de drogodependencias acabará siendo una realidad. En el seno de la segunda, la XAD, hay la percepción de que existen simultáneamente oportunidades y amenazas en el proceso de integración.

Existe la incertidumbre de no saberse de qué manera puede afectar al proceso de integración la situación de crisis económica y los recortes presupuestarios de la sanidad pública. También se han expresado dudas sobre la integración o no de los recursos de la red que no dependen del *Departament de Salut,* como las comunidades terapéuticas, los centros de

día, los pisos de rehabilitación y otros. Pero, sobre todo, se ha expresado preocupación por el hecho de que el modelo de integración no esté suficientemente definido.

Aparentemente, el concepto de «integración funcional» debería quedar claro, pero por no haberse desarrollado más ni haberse supervisado en la práctica, es posible que no todos los actores lo interpreten de la misma manera, tal como ha podido comprobarse en algunas actuaciones de entidades proveedoras de salud mental que han resultado experiencias fallidas de integración.

En este contexto, parece oportuno recordar y remarcar qué es lo que debería preservarse de la red de atención a drogodependencias en el proceso de integración.

A grandes trazos deberían preservarse:

1. Los centros y dispositivos actuales.
2. Los equipos profesionales.
3. Las características generales de funcionamiento de la red de atención a drogodependencias y de los CAS.

Estas características se pueden concretar en los valores y especificidades de la atención y el mantenimiento de la cartera de servicios propia de los CAS. ¿Pero por qué hay que preservarlo? En primer lugar, por pragmatismo: se trata de dispositivos y equipos que están funcionando bien en relación con la misión que tienen encomendada. En segundo lugar, por la eficiencia del modelo de intervención: con unos recursos limitados se consiguen unos resultados importantes, sobre todo desde la perspectiva de la salud pública. Finalmente, por la experiencia acumulada y pericia de los profesionales, así como la necesidad de especialización, indiscutible en servicios de salud mental avanzados.

ESPECIFICIDADES DE LA RED DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS

Entre las características y especificidades de la red de atención a adicciones se encuentran, entre otras, la accesibilidad, la atención pluridisciplinar, la flexibilidad e individualización en el tratamiento, el funcionamiento en una perspectiva de salud pública, la capacidad para adaptarse a los cambios en cuanto a demanda y necesidades de los usuarios, las actividades comunitarias y de prevención, el concepto y los programas de reducción de daños y, entre los valores, la aceptación de la autonomía y capacidad de decisión del usuario.

Accesibilidad

La disponibilidad y accesibilidad al tratamiento constituye una premisa de la atención a las adicciones. En realidad no se trata solo de que los servicios sean de fácil acceso, sino de tener desarrolladas acciones proactivas para facilitar la entrada de usuarios y colectivos concretos en la asistencia, e incluso en el sistema sanitario. Estas acciones se focalizan en subgrupos específicos, como pueden ser los adolescentes, los inmigrantes, los enfermos mentales, quienes padecen enfermedades crónicas relacionadas con el consumo de sustancias, colectivos marginales...

Atención pluridisciplinar

La atención y las actividades de los CAS están basadas en la tipología de equipos multidisciplinares amplios, que incluyen psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, profesionales de enfermería, educadores sociales, auxiliares sanitarios y administrativos. En algunos casos, forman parte los equipos médicos

generalistas o internistas, para la atención de la patología orgánica. Algunos CAS, en función de las actividades que desarrollan, incluyen agentes de salud —que pueden ser usuarios rehabilitados— y voluntarios.

Habitualmente los equipos funcionan sobre la base de una relación horizontal entre sus miembros y una distribución de tareas en función de los programas y objetivos, de forma que diversos profesionales actúan sobre un mismo usuario. En este modelo de funcionamiento tienen gran importancia los espacios de relación y coordinación del equipo. En la integración de redes, debería tenerse en cuenta la especialización y evitar las rotaciones e intercambios, que conducirían a una menor especialización y a una disminución de la eficacia en la asistencia.

Capacidad de adaptación a los cambios

Los patrones de consumo de sustancias están cambiando constantemente y, en consecuencia, también lo hace la demanda asistencial. Así hemos visto que, en relativamente pocos años, hemos pasado del alcoholismo «clásico» a la emergencia social de la heroína, la popularización del consumo de cocaína y las drogas de síntesis, los policonsumos y la generalización del consumo de cannabis en los jóvenes, hasta las nuevas drogas del siglo XXI. También han ido cambiando algunas de las circunstancias asociadas al consumo: el riesgo de muerte por sobredosis, la comorbilidad orgánica (VIH, VHC), la patología dual...

La red de atención a drogodependencias se ha ido adaptando a todos estos cambios de forma bastante ágil, modificando sus programas y organización asistencial, así como la formación de los profesionales. También ha modificado los objetivos asistenciales de abstinencia y reducción de daños atendiendo a la realidad social, o el enfoque de la misma atención desde la atención individual a la propia de salud pública. En pocos o ningún ámbito de la salud se han producido en el mismo período de tiempo tantos cambios en la epidemiología y la demanda asistencial o en las necesidades de prevención. Esta capacidad de adaptación y predisposición al cambio y esta plasticidad ha devenido una característica propia de la red de atención a drogodependencias a diferencia de otras redes o sistemas asistenciales.

La reducción de daños

La introducción del concepto y de las políticas de reducción de daños supuso un verdadero cambio de modelo en la atención a las drogodependencias. El concepto de reducción de daños en el ámbito de las adicciones parte de adoptar un enfoque de salud pública y responde especialmente a la necesidad de dar respuestas pragmáticas y efectivas a problemas sociales y de salud relacionados con el consumo de sustancias, superando el enfoque individual de la atención y proponiendo objetivos realistas y alcanzables en la mejora de las condiciones de salud de los usuarios. En la base del concepto de reducción de daños se halla la aceptación de la autonomía y la capacidad de decisión y elección del usuario respecto a su relación con el consumo de sustancias y estilo de vida. Los programas de reducción de daños desarrollados en la red de atención a drogodependencias, la XAD, van desde el mantenimiento con agonistas opiáceos —los programas de metadona— a la prevención de las sobredosis, al intercambio de material de inyección y también a las opciones terapéuticas de consumo controlado de sustancias, incluidos los programas de bebida controlada.

La prevención

Muchos CAS han asumido, desde sus inicios y como una parte sustancial de su actividad, un rol importante en la prevención del consumo de sustancias y problemas asociados. Estas actividades preventivas se estructuran dentro del marco de la promoción de la salud y se llevan a cabo preferentemente en los ámbitos educativo y sanitario, y en colectivos específicos. En muchos casos se realizan en régimen de colaboración con organismos competentes en prevención en el territorio, en la elaboración de los planes municipales de prevención y el desarrollo de programas de información y asesoramiento sobre drogas.

Un aspecto importante, que hay que tener en cuenta y que constituye una muestra del reconocimiento al trabajo desarrollado durante años, es que las actividades de prevención se incluyen de forma expresa en la cartera de servicios de los CAS.

Hacia la integración de redes

Para terminar y a manera de conclusiones, en aras de la integración de las redes de salud mental y de drogodependencias, lo que en primer lugar habría de hacerse es llenar de contenido y concretar el concepto de «integración funcional», fundamentalmente para evitar interpretaciones diversas y a veces contradictorias, que han ido creando recelos y desconfianza en ambas redes y han contribuido a demorar el proceso.

También son necesarias mejoras en el campo de la coordinación y la complementariedad de los servicios. Además de ahorrar recursos, pueden facilitar el día a día asistencial y preparar el terreno para la definitiva integración. En este sentido, hay que insistir en la necesidad, tantas veces explicitada, del acceso indistinto desde dispositivos de ambas redes a recursos de salud mental y de adicciones.

Finalmente, un avance importante hacia la integración puede ser el desarrollo de programas transversales, que utilicen recursos y profesionales de salud mental y de adicciones en un marco colaborativo. Si este modelo se ha mostrado eficaz con los programas de atención a adolescentes con problemas por uso de sustancias, también puede serlo en otros ámbitos bien definidos como, por ejemplo, la patología dual.

BIBLIOGRAFÍA

Grupo de Trabajo de Patología Dual (Albeldo V, Batlle E, Cardona L et al). Patología dual en drogodependencias. Comorbilidad psiquiátrica en pacientes atendidos en Centros de Atención y Seguimiento de Drogodependencias (CAS) de Catalunya. Santander, Comunicación (póster) a las XXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 2001.

Batlle E. Patología Dual als Centres d'Atenció i Seguiment de la Xarxa de Drogues. Ponència a la Taula Rodona Drogues i Salut Mental: del concepte a la intervenció. Quin model? II Congrés Català de Salut Mental. Les fronteres del psiquisme. Barcelona; 2003.

Rodríguez-Llera MC, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Silva TC, Sánchez-Niubó A, Torrens M. Psychiatric comorbidity in young heroin users. Drug Alcohol Depend 2006;84:48-55.

Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Lacasa D, Investigadores ITINERE. Comorbilidad psiquiátrica en consumidores jóvenes de cocaína. XXIV Reunión Científica Anual de la Sociedad Española de Epidemiología. Logroño; 2006.

Mirin SM, Weiss RD, Michael J, Griffin ML. Psychopathology in substance abu-

sers: diagnosis and treatment. Am J Drug Alcohol Abuse 1988;14:139-157.

O'Brien CP, Charney DS, Lewis L, Cornish JW, Post RM, Woody GE, Zubieta JK, Anthony JC, Blaine JD, Bowden CL, Calabrese JR, Carroll K, Kosten T, Rounsaville B, Childress AR, Oslin DW, Pettinati HM, Davis MA, Demartino R, Drake RE, Fleming MF, Fricks L, Glassman AH, Levin FR, Nunes EV, Johnson RL, Jordan C, Kessler RC, Laden SK, Regier DA, Renner JA Jr, Ries RK, Sklar-Blake T, Weisner C. Priority actions to improve the care of persons with co-occurring substance abuse and other mental disorders: a call to action. Biol Psychiatry 2004;56:703-713.

Alterman AI, Erdlen DL, Laporte DJ, Erdlen FR. Effects of illicit drug use in an inpatient psychiatric population. Addict Behav 1982;7:231-242.

Albeldo V, Batlle E, Cardona L, Ferrer J, Guilañá E, Guiteras A, Navarro R, Rodríguez L. Propuestas para la atención de pacientes con patología dual en centros de drogodependencias. Córdoba, Comunicación (póster) a las XXXI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 2004.

Liang W, Chikritzhs T. Affective disorders, anxiety disorders and the risk of alcohol dependence and misuse. Brit J Psychiatry 2011;199:219-224.

Swatkins S, López-Gastón R, Hashmi M, Thomas D. From glorious to infamous. The life span of (addiction) specialists in psychiatry (Editorial). Psychiatrist 2011; 35:401-403.

Batlle E. Integració de xarxes: perspectiva des dels CAS. Ponència a la Taula Rodona: Salut mental i addiccions: la integració de xarxes. IV Jornada «La Xarxa a Debat». Barcelona; 2008.

Ritter A, Cameron J. A systematic review of harm reduction. Monograph No. 06. DPMP Monograph Series. Turning Point Alcohol and Drug Centre. Fitzroy; 2005.

Mercer DE, Woody GE. Individual Drug Counselling. Therapy Manuals for Drug Addiction Series. National Institute on Drug Abuse. Rockville, MD; 1999.

Work Group on Substance Use Disorders: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders. Second Edition. Washington DC, American Psychiatric Association; 2006.

Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion Paper. United Nations Office on Drugs and Crime/World Health Organisation. Ginebra; 2008.

Drug abuse treatment and rehabilitation. A practical planning and implementation guide. United Nations Office on Drugs and Crime. Viena, 2003. http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html

Investing in drug abuse treatment. A discussion paper for policy makers. United Nations Office on Drugs and Crime. Viena; 2003. http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html

Marsch LA, Dallery J. Advances in the Psychosocial Treatment of Addiction. The Role of Technology in the Delivery of Evidence-based Psychosocial Treatment. Psychiatr Clin N Am 2012;35:481-493.

Schulden JD, López MF, Compton WM. Clinical Implications of Drug Abuse Epidemiology. Psychiatr Clin N Am 2012;35: 411-423.

Batlle E, Arderiu E, Aramburu M, Borràs T, Llort T, Lluch A, López E, Martí V, Pi N. Consum de drogues i accés als serveis especialitzats dels col·lectius immigrants de Mataró, Reus i Rubí. Barcelona, Comunicación al IV Congrés Català de Salut Mental; 2009.

O'Brien CP. Adapting Treatment to Patient Problems (editorial). Am J Psychiatry 2011;168:670-671.

Alves P, Winstock A. Patients' knowledge about treatment for opiate dependence. Psychiatrist 2011;35:448-453.

Contreras L, Molina V, Cano MC. Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. Adicciones 2012;24:31-38.

Batlle E. L'atenció i el tractament dels adolescents als CAS. Ponencia en la Jornada: Societat, Adolescència i Consum de Drogues. Barcelona; 2005.

McArdle P, Angom B. Adolescent substance misuse: an update on behaviours and treatments. Adv Psychiatr Treat 2012;18: 299-307.

Colom J. Un relat de l'evolució de les addiccions a Catalunya. VII Jornada de la Coordinadora de Centres d'Atenció i Seguiment de Drogodependències: «L'atenció de les addiccions a Catalunya: reptes i perspectives». Terrassa; 2011.

De la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. Rev Esp Salud Pública 2006;80:505-520.

Edlin BR, Seal KH, Lorvick J, Kral AH, Ciccarone DH, Moore LD, Lo B. Is it justified to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? N Engl J Med 2001; 345:221-214.

Roy K, Hay G, Andragetti R, Taylor A, Goldberg D, Wiessing L. Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: a review of the literature. Epidemiol Infect 2002;129: 577-585.

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Dirección General para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid; 2009.

Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Barcelona; 2006.

O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. La reducción de daños relacionada con las drogas. Barcelona, Grup Igia; 1995.

Gardner TJ, Kosten TR. Therapeutic options and challenges for substances of abuse. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2008.

Sánchez-Peña JF, Álvarez-Cotoli P, Rodríguez-Solano JJ. Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento. Actas Esp Psiquiatr 2012;40:129-35.

Regier DA, Farmer ME, Rae D et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug use: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. JAMA 1990;264:2511-2518.

Decret 30/2006 de 28 de febrer, pel qual es crea el Pla director de salut mental i addiccions i el seu Consell Assessor. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 4689.

McLellan AT, Grissom GR, Zanis D, Randall M, Brill P, O'Brien CP. Problem-service «matching» in addiction treatment: a prospective study in 4 programs. Arch Gen Psychiatry 1997;54:730-735.

Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats. Subdirecció General de Drogodependències, Direcció General de Salut Pública, Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2008.

Castillo C, Bulbena A, Serras E, Torrens M, López-Colomés JL, Martínez MA, Politinska B. Medical assessment in drug addicts: reliability and validity of the Cumulative Illness Rating Scale (Substance Abuse version). Eur Addict Res 2004;10: 112-117.

REFLEXIONES DESDE UN PARADIGMA TERRITORIAL: EL AMBULATORIO DE ADICCIONES UBICADO EN HOSPITAL GENERAL

EULÀLIA SABATER I PUIG
Médica de adicciones. CAS de Reus (Tarragona).
Secretaria de la Coordinadora de los CAS de Cataluña.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

INTRODUCCIÓN

Mi prioridad en esta comunicación es aportar una reflexión en relación a la patología dual desde la perspectiva de la práctica diaria en un Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias que se halla ubicado en un centro hospitalario comarcal en régimen concertado; en este sentido, es un ambulatorio especializado en adicciones que es paradigmático, por lo menos en Cataluña. Precisamente para profundizar en sus rasgos definitorios me permito la osadía de plantear la gran cuestión: ¿de qué hablamos cuando nos referimos a los términos *dual, redes, conexión* e *integración*? Otra pregunta no menos crucial que también me planteo es si aquello que queremos expresar será percibido e interpretado adecuadamente. Ya se sabe que, como decía Campoamor, e*n este mundo traidor nada es verdad ni es mentira, todo es según el color del cristal con que se mira*[1]. Debemos ser conscientes de que muchos de los conceptos que damos por obvios y sobreentendidos pueden tener más de una interpretación. Mucho más cuando, por la riqueza de nuestra lengua, algunos de ellos presentan diversas y diferentes, en ocasiones incluso contrapuestas o paradójicas, acepciones.

PATOLOGÍA DUAL, RED O REDES, DE LA CONEXIÓN A LA INTEGRACIÓN: ¿DE QUÉ HABLAMOS?

Sin ánimo de parecer reduccionista ni simplista, considero interesante realizar una aproximación desde la perspectiva puramente semántica. Aunque parezca obvio, empezaré con **patología** (del griego *pathos,* Retórica de Aristóteles, libro 1, 1356):

> *«Rama de la biología que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos que constituyen las enfermedades, los síntomas y signos por los cuales se manifiestan y las causas que las producen, patobiolo-*

gía. Dicho especialmente del conjunto de alteraciones anatómicas producidas por la enfermedad»[2].

Cuando se relacionan los diferentes tipos de patología, en la mental se apunta simplemente *psiquiatría.* Mas al definirla, aparecen diferentes conceptos que me parece muy importante recordar, pues tienen una connotación que nos introduce de lleno en el paradigma de la intervención biopsicosocial. Y es este paradigma el que desde este foro pretendemos consolidar, si no reivindicar, con más énfasis si cabe, dada la coyuntura actual en la que nos encontramos.

*«**Psiquiatría:** parte de la medicina consagrada al estudio, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales orgánicos y no orgánicos.*

1. ***Psiquiatría analítica** (...).*
2. ***Psiquiatría biológica:** rama de la psiquiatría que estudia el papel de los factores físicos, químicos y neurológicos en la etiología, la manifestación y el tratamiento de los trastornos mentales.*
3. ***Psiquiatría cultural:** rama de la psiquiatría social dedicada al estudio de la relación entre trastorno mental y ambiente cultural.*
4. ***Psiquiatría de la comunidad:** rama de la psiquiatría social dedicada a la cooperación con las comunidades y a la prevención de los trastornos mentales. Propugna el tratamiento precoz de los desórdenes y de las desviaciones tal y como se desarrollan en el seno de la comunidad y no como se presentan en las grandes instituciones psiquiátricas centralizadas.*
5. ***Psiquiatría dinámica** (...).*
6. ***Psiquiatría forense:** aquella aplicada a los problemas y a los procedimientos legales, judiciales o correccionales.*
7. ***Psiquiatría hospitalaria:** psiquiatría dedicada a establecer, dirigir y reformar el tratamiento institucionalizado de los trastornos mentales. Dedicada especialmente a la reconversión de hospitales tipo asilo en centros terapéuticos y al desarrollo de nuevos métodos de tratamiento y de relaciones entre el personal y los pacientes en los hospitales mentales.*
8. ***Psiquiatría industrial** (...).*
9. ***Psiquiatría infantil** (...).*
10. ***Psiquiatría legal** = forense (...).*
11. ***Psiquiatría preventiva** (...).*
12. ***Psiquiatría psicoanalítica** (...).*
13. ***Psiquiatría social:** rama de la psiquiatría que estudia el rol de los factores ecológicos, sociales, culturales y económicos en la etiología, la incidencia y la manifestación de los trastornos mentales.*
14. ***Psiquiatría transcultural:** la dedicada al estudio comparativo de la salud y los trastornos mentales entre diferentes sociedades, naciones y culturas».*

Cuando consultamos diccionarios de la lengua, en relación al concepto **dual** podemos encontrar diversas entradas:

Dual[3]

adj.1. Dícese de lo que consta de dos partes, normalmente relacionados entre sí. Adj. y s. Gram. Dícese del número gramatical que tienen algunas lenguas para indicar que la palabra se refiere a dos personas o cosas.

Dualista[4]

adj. Dualístico. adj m y f Partidario del dualismo.

Dualístico

Relativo o perteneciente al dualismo. Propio del dualismo.

Dualidad

Cualidad de dual. Reunión de dos caracteres opuestos en una misma persona o en una misma cosa.

Dualismo

- *Doctrina que considera el universo bajo el dominio de dos principios opuestos, como el bien y el mal.*
- *Doctrina que considera al ser humano constituido por dos elementos distintos, el cuerpo y el alma.*
- *Término general que designa las teorías o doctrinas que admiten la coexistencia, antagonismo o independencia, en el universo o en el hombre, de dos principios, orígenes o fenómenos.*
- *Teoría elaborada a principios del siglo XIX por Jöns Jakob Berzelius, según la cual los compuestos eran constituidos por una parte eléctricamente positiva y otra eléctricamente negativa; según su mayor o menor atracción respectiva, se deducía el grado de estabilidad del compuesto.*

Otras opciones: *«Rivalidad; Antagonismo»*[5].

Con el dualismo nos adentramos en la teoría cartesiana[a], que podríamos parelizar en algún sentido, más cuando consideramos casos concretos que vemos en el día a día de la labor asistencial y del trato; en definitiva, cuando vemos el sufrimiento humano cotidianamente. Al mismo tiempo, hay que considerar que, sin ir más lejos, el dualismo forma parte inherente de la esencia humana, y que la dicotomía a la que nos enfrentamos (toma de decisiones, valoración diagnóstica, planteamiento de intervención terapéutica...), también puede considerarse en su contexto pertinente «un aprisionamiento», y ello, desgraciadamente, con demasiada frecuencia.

Adentrándonos ahora en el vocablo **red,** me ha parecido que ilustra —si se me permite algún grado de ironía y hasta cierto punto de sarcasmo— muchas de las situaciones en que nos encontramos los profesionales, y más, claro está —y con mucha más relevancia y significación peyorativa—, las vividas por los propios enfermos, pacientes o personas afectadas, como queramos nombrarlos, cuestión, por otra parte, también sugestiva de valoración y reflexión.

Red[6]

- *En el tenis, el voleybol y otros deportes, malla colocada en medio del*

[a] «Teoría Cartesiana», Descartes: En el hombre hay pues, dos entidades: pensamiento y materia. El alma [pensamiento] y el cuerpo [materia] son dos entidades evidentes por ellas mismas, realmente distintas y que —las dos a la vez— forman el hombre. El yo fundamentalmente es pensamiento y básicamente el pensamiento está constituido por dos facultades: entendimiento y voluntad. La teoría cartesiana es dualista por lo que hace al hombre y mantiene que hay, además, otra sustancia que es Dios que garantiza el funcionamiento y el orden del cosmos.

(Descartes es dualista porque observa la separación del cuerpo y el alma, este dualismo se verá a posteriori en otros autores como por ejemplo San Agustín y a la doctrina del cristianismo medieval. Aparece un problema en esta relación cuerpo y alma, ya que por muy perfecto que sea el alma, Platón tiene que aceptar que el alma también depende en parte del cuerpo. Platón afirma que esta relación entre cuerpo y alma es accidental (ha surgido así) y la misión del hombre es defenderse de esta prisión que representa el cuerpo. http://en.wikipedia.org/wiki/Meditations_on_First_Philosophy

campo de juego por encima de la cual se hace pasar la pelota.

– *En el circo, malla desplegada debajo de los acróbatas para amortizar caídas accidentales.*

En cuanto a la palabra **conexión,** la contemplo con menor connotación sarcástica, aunque no exenta de ella. Pero también, y este es el motivo por la cual la incluyo, por la ausencia de «conexión» en determinadas y demasiadas ocasiones y en según qué contextos y territorios.

Conexión

– *Hecho de estar unidas una cosa con otra de la misma naturaleza por una relación estrecha.*

– *Continuidad, coherencia, de las palabras, de las ideas, secuencia lógica.*

– *Establecimiento de contacto con un componente de maquinaria o de programario con el objetivo de iniciar una comunicación.*

– *Conexión punto a punto, o dicho de otra manera: conexión entre dos dispositivos o dos sistemas de telecomunicaciones que permite la comunicación directa.*

Ya llegando al último término en juego, y por ende el de mayor significación paradigmática —que muchas veces alcanza el contubernio—, al definir **integración** nos hallamos, igualmente, con acepciones que nos pueden parecer curiosas, aun a sabiendas que no lo son tanto y que aún serán utilizadas en determinadas áreas de pensamiento integrista, bien lejos del mensaje que pretendemos expresar, a pesar de que semánticamente compartan la misma raíz (y de ahí que se tergiverse con tan magnífica impunidad).

Integración

– *Supresión progresiva de diversas formas de discriminación.*

– *Ajuste de las partes que componen un sistema social.*

– *Proceso que sigue una sociedad para la incorporación de elementos humanos, culturales... que les son ajenos.*

– *Asunción más o menos coactiva, de grupos étnicos o nacionales por otro de más grande o poderoso, o de grupos sociales de una misma etnia en otra de dominante.*

Y a partir de la voz *integración* hago una breve referencia a **integral,** otro de los conceptos, a mi modo de ver, de significación relevante.

Integral

– *Que comprende todos los elementos que puede tener para ser completo.*

– *Que entra en la composición de un todo, siendo una parte, no esencial*[7].

PATOLOGÍA DUAL

Se define como «una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones». Este concepto se relaciona con el modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes fenotipos psicopatológicos (Szerman N, Sociedad Española de Patología Dual [SEPD]), como se va observando y evidenciando en los últimos años. Más allá del significado léxico, cabe introducirse en el significado discursivo, el cual, en relación al concepto en cuestión, no deja de ser, a su vez, controvertido/paradójico/dual en sí

mismo: nos conduce irremediablemente al bucle de la propia esencia y complejidad del ser humano. Motivo por el cual, no encuentro del todo acertado el concepto, que puede dar lugar a interpretaciones minimalistas y simplistas, si bien —simplificando, aquí sí a fin de facilitar— puede favorecer un lenguaje común capaz de proporcionar una percepción conceptual aunada.

Que las personas afectadas por un trastorno mental consuman drogas en mayor proporción que la población general y que entre personas que consumen sustancias exista algún tipo de trastorno mental con más probabilidad que la predecible al azar (Guimón J; 1992)[b] es un hecho conocido por muchos desde hace tiempo. También es sobradamente conocido en el ámbito de la intervención y tratamiento de las personas con afectación mental de una u otra índole, enfermedad mental al fin y al cabo [c]. Es la diferenciación de esta «condición y/o índole» —según diversas y diferentes teorías e hipótesis— la circunstancia clave, que en algunos ámbitos sea motivo de diversificación en cuanto a la valoración (negado cuando no desconocido por algunas corrientes clínicas, según refiere Szerman en la presentación de la mencionada SEPD). Comporta, a su vez, evidentes dificultades y diferencias en relación a la inequidad en la intervención y posibilidad de «autonomía personal» y «normalización» del individuo, sus familias y el entorno.

> *La comorbilidad entre el abuso de drogas y la enfermedad mental es muy común, refleja tanto un alto riesgo de consumo de drogas en personas con enfermedad mental y una alta frecuencia de psicopatología desencadenada por el consumo de drogas. Sin embargo, la importancia de esta comorbilidad en relación al subordinado, mecanismos de psicopatología y abuso de drogas, la influencia que la adicción a las drogas tiene sobre el curso de la enfermedad mental y viceversa, y las implicaciones para el tratamiento son poco conocidos.* (Editorial. Abuso de Drogas y Salud Mental. Am J Psychiatry agosto de 2001; 158:8:1181.)

El avance en el estudio y conocimiento neurobiológico aporta evidencias significativas en relación a las etio y fisiopatogenias de los trastornos mentales, incorporándose en la conceptualización actual, aunque no de forma totalmente consensuada, afirmaciones como esta:

> *«Existe una base estructural común tanto para el consumo de sustancias como para la desregulación psicológica en forma de trastornos depresivos, disruptivos..., disponiendo de fundamentos que avalan una base estructural cerebral común para lo que consideramos patología dual.»* (Clark DB, Chung T, Thatcher DL, Pajtek S, Long EC; 2011[8].)

En EEUU, alrededor del 40 % de las personas con trastornos por consumo de alcohol y más del 50 % por consumo de drogas, reúnen también en algún momento de su vida los criterios de trastorno psiquiátrico. Se encuentran frecuentemente en programas de tratamiento de drogas, alcohol y de salud mental, en centros asistenciales médicos, en procesos judiciales, programas de atención a transeúntes y otros centros de ayuda social (Daley DC, Zuckoff A; 2004). Los autores hacen referencia a las dificultades de estos pacientes en relación a la falta de cumplimiento terapéutico, situación por todos repetidamente vivida y que se retroali-

[b] Citado por Francesc Abella i Pons. Tesis doctoral (Indicadors psicopatològics en un grup d'heroinòmans). Estudi del trastorn esquizotípic de la personalitat. Barcelona; 1999.

[c] DSM-IV-TR (APA 2001), y el CIE utiliza la versión CIE-10 (recomendada por la OMS, 1992).

menta en espiral al mantenimiento, magnificación y perpetuación intergeneracional de la multiproblemática.

En Cataluña la prevalencia durante la vida de padecer un trastorno mental o una adicción es del 20,34 % en los varones y del 26,92 % en las mujeres (7,4 y 14,17 % al año respectivamente), tasas superiores a las españolas y muy similares a las europeas *(Pla de Salut Mental i Addiccions,* 2006). En un estudio multicéntrico realizado en 1999 por la Coordinadora de CAS de Cataluña en el que participaron muchos de los CAS, se observó una prevalencia de patología dual del 60 %. Estamos ante una realidad clínica de gran relevancia por las implicaciones individuales y colectivas a corto y largo plazo. Es de mucho más alcance que la enfermedad en sí y sobrepasa indefectiblemente la simplicidad del mero diagnóstico. Hace necesaria la presencia de un espacio común para los profesionales en lo que respecta a la profundización en su conocimiento científico: proyectos de investigación, clínicos y docentes, pero también en lo que concierne al ámbito humano des de la perspectiva social, cultural y antropológica.

En España surge en 2005 la mencionada SEPD, así presentada por su presidente N. Szerman a través de su página web www.sepd.es: «asociación que se constituye en un espacio común para los clínicos, médicos y psicólogos, que trabajan en distintos dispositivos de atención a drogodependientes, de psiquiatría y salud mental, y otros lugares donde encontramos a pacientes con patología dual. Pretendemos y defendemos así una Asociación, que agrupa en estos momentos a más de 900 profesionales, fundamentalmente españoles pero también latinoamericanos, de distinta formación, superando antiguas barreras, jerarquías y suspicacias y que al mismo tiempo es independiente de las administraciones sanitarias gubernamentales, de los intereses comerciales de la industria y también de las legítimas reivindicaciones profesionales, ya organizadas en otras instituciones. La SEPD se constituye en un prestigioso punto de referencia en patología dual nacional e internacional, para asesorar, formar, investigar..., en definitiva, dar un servicio a la sociedad.»

Según un estudio de 2008 realizado en la Comunidad de Madrid, se observa que en las redes sanitarias públicas de salud mental y drogodependencias, el 53,2 % de los pacientes que reciben tratamiento presenta patología dual y que en las drogodependencias el porcentaje llega al 63 %. El Plan Director de Salud Mental y Adicciones catalán[9] publicado en 2006 siendo Marina Geli *consellera* del *Departament de Salut* de la Generalitat de Catalunya, explicita como objetivo principal la Salud Mental como una prioridad siguiendo las directrices la Unión Europea en el marco de la Declaración de Helsinki (2005). Uno de los párrafos expone que «hay que enfocar los graves problemas de salud mental desde las políticas públicas en una perspectiva integradora que enfatice el respeto a los derechos humanos y el rechazo al estigma y a la discriminación mediante el despliegue de políticas de promoción y prevención de la salud mental y con la implantación de modelos de atención de base comunitaria y multidisciplinar». Si bien el título podría hacer pensar en un tratamiento diferenciado o en paralelo, las adicciones se incluyen como trastornos mentales de forma inequívoca.

El psiquiatra Delfí Abella escribió en la Introducción de su obra «Psiquiatria Fonamental (= fundamental)»[10] en 1981:

> *«La historia de la psiquiatría es muy breve: difícil, laboriosa y frustrada en su etapa decimonónica y a partir del siglo xx, sobre todo en los últimos dece-*

nios, vertiginosamente fluctuante, atomizada en múltiples actitudes teóricas y prácticas, solicitada en olor de éxito aparente por la sociedad y a la vez marginada y mal comprendida por esta sociedad y por la misma medicina, en la que se integra o debería integrarse.(...) A partir de la obra de Freud, la psiquiatría ha entrado en un período de crisis sucesivas (...) y alcanza su acmé en los momentos actuales. La psiquiatría está en crisis desde hace mucho tiempo —con todas las contradicciones valorativas que implica el concepto de crisis— y parece haber llegado a un paroxismo, a una crisis dentro de la crisis. Evidentemente, vista desde fuera, de manera objetivada, la psiquiatría ocupa una situación singular en el concierto de las diversas ramas de la medicina. Más insegura, sin dejar de seguir el progreso general: más autocrítica, sin olvidar sus triunfos parcelarios».

«Podríamos creer que esta singularidad radica en el hecho general de ser la psiquiatría una de las nombradas ciencias humanas. Como tal, sigue de muy cerca la historia del hombre, sumergida hoy, como nunca, en un cataclismo de interrogantes metafísicos, éticos, sociales y políticos. La psiquiatría tiene una doble condición: es ciencia antonomástica, sometida a una epistemología, a una metodología, a una tecnología y es a su vez ciencia humana, ciencia del hombre, precisamente la ciencia del hombre en crisis (...). Esta doble condición es, por otro lado, bien aparente y explícita. En consecuencia, el hombre de la calle vive y ve la psiquiatría de una forma doble y dilemática, o sea: como una ciencia alineada al lado de las otras, a su servicio, fuente de seguridad, pero también, de forma muy desgarradora, como un territorio ignoto y misterioso que le desvela agobios ancestrales. El hombre cree genéricamente en la psiquiatría pero también la teme y con frecuencia la ignora y rehúye. Un hecho paralelo acontece en el campo de la medicina. El médico no psiquiatra adopta una posición ambigua cara a la psiquiatría. Por un lado la admite —debe admitirla oficialmente— y de otro la niega, rechaza, la critica hiperbólicamente en sus defectos de ciencia menos exitosa, sin considerar suficientemente las circunstancias atenuantes de estos defectos, provenientes sobre todo de la dificultad intrínseca del objeto de estudio».

Argumentos que, a pesar de los muchos avances científicos —*«existe una base estructural común tanto para el consumo de sustancias como para la desregulación psicológica en forma de trastornos depresivos, disruptivos, (...) disponiendo de fundamentos que avalan una base estructural cerebral común para lo que consideramos patología dual»*[11]—, tecnológicos, de políticas sociales y de los esfuerzos realizados con el fin de desestigmatizar las enfermedades mentales, obviamente a los enfermos mentales, aún con los grandes logros, podrían muy bien haber sido planteados contemporáneamente, especialmente en lo que concierne a la realidad actual en relación a las adicciones. La intervención en drogodependencias dista de ser tratada como plena entidad de trastorno mental, se mantiene en el rol de cenicienta de la medicina y de la psiquiatría con las connotaciones que conlleva de perjuicio y estigma a las personas que lo padecen, a sus familiares y a los propios profesionales.

La organización de la atención a las drogodependencias ha estado determinada por la propia evolución fenomenológica y de conceptualización, constituyéndose en red de atención específica y profesionalizada con el objetivo de dar una atención integral a las personas con problemas relacionados con el consumo de psicotropos, y ante necesidades emergentes (como en su momento fue la epidemia de SIDA) en relación directa con

el consumo por vía parenteral, especialmente de heroína, en la década de los años 80. Los primeros servicios surgieron prioritariamente de la red social con iniciativas de entidades municipales y privadas sin ánimo de lucro, recursos por tanto, con diversificación de modelos de intervención y con vinculaciones con las administraciones más cercanas al ámbito social y de la beneficencia *(Pla director de salut mental i addiccions, Departament de Salut,* Generalitat de Catalunya; 2006).

Se ha recorrido mucho trecho para llegar a la vinculación en el ámbito sanitario y considerar la adicción como un trastorno mental y no como un defecto moral de persona viciosa, muestra de falta de voluntad, etc. Pero creemos que se debe preservar e incorporar como *continuum* en el abordaje de toda patología mental a una de las especificidades de la red de atención a las drogodependencias, la relacionada especialmente con la intervención social y comunitaria, de la que desde la profesionalidad de la red de atención a las drogodependencias se dispone de importantes muestras de pericia. Modelo que podría perderse si no se plantean serias, responsables y planificadas políticas de actuación en la intervención en salud mental, que tanto anhelamos, desde el paradigma biopsicosocial, integral e integrador.

En la monografía sobre alcoholismo de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras toxicomanías, Socidrogalcohol[12], presentada en las XXXIX Jornadas nacionales celebradas en Tarragona en marzo de 2012, existe un apartado, el 5.1, en el capítulo sexto, titulado *Enfermedad Mental y Sinhogarismo,* del que quisiera destacar este párrafo:

> *«los enfermos mentales graves con una drogodependencia asociada tienen un elevado riesgo de inestabilidad en su alojamiento e incluso de quedarse sin hogar. Además suelen presentar abuso de otras drogas, mal cumplimiento de la medicación, viven en circunstancias estresantes, carecen de redes de apoyo social, presentan un mal cumplimiento de la medicación y son atendidos con frecuencia en los servicios de urgencias, hospitales y prisiones»* (Guardia Serecigni J).

A lo que añado: recursos asistenciales sin ningún tipo de continuidad de cuidados y tampoco de mínima coordinación.

J. L. Torres Larrañaga[13], en el apartado «Importancia de la comorbilidad en la dependencia de sustancias», entre otras consideraciones escribe: «(...) se asocia con una mayor necesidad de hospitalización y tiempo de estancia; se asocia a un mayor costo; aumenta los síntomas del trastorno por estrés postraumático; aumenta la comorbilidad en el Eje I y Eje II; aumenta los problemas médicos y psicosociales». Es de agradecer, a la vez que confortador, que aparezcan a la luz de la divulgación científica y en boca de personalidades de prestigio, las evidencias en relación a los procesos comórbidos.

Me parece de gran importancia que surjan artículos del tipo: *«Vulnerabilidad individual a la adicción ¿es adicto quien quiere o a quien le toca?»:*

> *«El principal objeto de este artículo es recordar los cambios de paradigmas para pensar y abordar las adicciones y la patología dual en esta segunda mitad del siglo XXI. Desde el modelo centrado en las drogas, imperante durante las últimas décadas, hasta el modelo centrado en el individuo y la patología dual... resume los niveles de vulnerabilidad individual que subyacen a la posibilidad y predisposición a presentar estos trastornos mentales, afirmando el modelo biop-*

sicosocial. (...) los progresos futuros en el desarrollo de las neurociencias depende de la integración de las diferencias individuales, que permitirán identificar objetivos claros para el desarrollo de estrategias de prevención». (Swendsen J, Le Moal M; 2011[14].)

EL CASO DE ALGUNOS CAS

Como ya he mencionado, hay quien plantea la situación como la presencia de diagnósticos independientes sin relacionarlos (Dixon, 1990; Haas, 1990)[d]. Y no solo en la terminología anglosajona —que utiliza «diagnóstico dual» (Szerman)— sino también —y de ello tenemos evidencias bien cercanas—, por parte de los que piensan que los síntomas comórbidos son solamente producto de la neurotoxicidad de las drogas sobre el Sistema Nervioso Central, proceso que por otro lado no se debe ni puede obviar.

Sin ánimo de enjuiciar ni de entrar en las estructuras y marcos paradigmáticos de las instituciones y de los agentes proveedores de servicios, es una realidad que en algunas zonas todavía existen redes paralelas: red de salud mental y red de atención a las drogodependencias. En diferentes áreas se han encontrado fórmulas de articulación más o menos funcionales, y en otras se afrontan evidentes dificultades que se van superando con tenacidad, caso a caso, trenzando vínculos de coordinación de forma individual entre profesionales. Cabe destacar, por otro lado, que la integración estructural, política y/o económica de redes no es sinónima, por sí misma, del abordaje integral e integrador, ni viceversa.

[d] Citados por Francesc Abella i Pons. Tesis doctoral: Indicadors psicopatològics en un grup d'heroinòmans. Estudi del trastorn esquizotípic de la personalitat. Barcelona; 1999.

Con esta concepción ¿cuál debería ser el «modelo/estructura» de intervención?

¿Secuencial o en serie? En este caso ambos términos de la dualidad se tratan de forma consecutiva, con muy poca, sino nula, comunicación entre servicios. Lo cual representa en muchos casos que para poder recibir tratamiento en la red de salud mental sea condición *sine qua non* la abstinencia absoluta de sustancias psicótropas. ¿Paralela? En este caso lo que se da es el *«tratamiento simultáneo en ambas redes. Los servicios pertinentes se ponen de acuerdo para actuar de forma paralela»* (Torres Larrañaga), acontecimiento que no acostumbra a producirse y, en muchos casos, una red desconoce la intervención de la otra y viceversa.

«La necesidad de ambos tratamientos se cubren mediante enfoques terapéuticos distintos y el modelo médico de psiquiatría podría entrar en conflicto con la orientación psicosocial de los servicios especializados en drogodependencia» (Torres Larrañaga).

Tratamiento dual en isomorfismo a la patología, oso ironizar. Actuaciones que pueden generar el fenómeno del doble vínculo descrito por Gregory Bateson y Milton Erickson, exacerbando y/o añadiendo patología, disociación, desintegración, fragmentación, yatrogenia, desigualdad, sobreestigmatitzación, exclusión, deslegitimación...

«Una respuesta fragmentada, convierte a la persona y a la familia en una suma de problemas y síntomas. Los servicios, cuando actúan de forma aislada, fragmentan la percepción de uno mismo y de lo que le pasa a esta persona y a este sistema familiar. El individuo no relaciona toda su problemática, carencias y dificultades sino que las disocia y las deposita en diferentes servicios.» (Catalá C, Abierto J[15].)

Caso 1

El 27 de julio de 2012, la terapeuta referente del servicio de drogodependencias escribía, dirigiéndose a la institución hospitalaria de la red de salud mental:

«El Sr. Gocete[e] de 32 años de edad (es el pequeño de cuatro hermanos: dos mujeres y dos hombres) realizó demanda de tratamiento en el servicio de drogodependencias (ubicado en las dependencias del hospital universitario general, comarcal) derivado desde el servicio de urgencias del hospital psiquiátrico universitario de referencia, donde ya había sido atendido en diversas ocasiones por la presencia de problemas relacionados con el consumo de diferentes substancias psicótropas, en julio de 2010. Había presentado episodios de consumo fuera de control en dos ocasiones anteriores, en 2005 y 2007, en el contexto de inestabilidad emocional, y que había superado con la intervención de centros evangelistas. En la ocasión actual el desencadenante de la inestabilidad y reinicio de los consumos se relacionaba con la ruptura sentimental con su esposa.

Desde el servicio de drogodependencias se indicó proseguir tratamiento con el agonista opiáceo metadona, ya que se había iniciado en una de las intervenciones en urgencias del hospital psiquiátrico; metadona que se suprimió al cabo de pocos días por valorarse que los consumos de heroína eran esporádicos y con el agonista presentaba de forma mantenida signos de intoxicación. Por otro lado, la toma del resto de medicación prescrita era totalmente irregular, con sobreingestas, consumos importantes de alcohol, benzodiazepinas y cannabis. Realizaba diferentes y contradictorias demandas, frecuentemente y con insistencia, alternadas con períodos de no asistencia a las citas programadas, situación que dificultó la intervención psicoterapéutica que se había planteado. Después de dos meses de no acudir a seguimiento, en diciembre de 2010 realizó de nuevo demanda, de forma «urgente» y con conductas alarmistas de amenazas y alguna acción de autolesión, refiriendo estado de ansiedad a la vez que depresivo y con la «necesidad imperiosa» de tranquilizantes; había sido atendido de nuevo en dos ocasiones en urgencias del hospital psiquiátrico, donde se descartó contención hospitalaria.

En la madrugada del 6 de enero de 2011, sufrió una depresión respiratoria grave con convulsiones y broncoaspiración a consecuencia de una intoxicación por diferentes tranquilizantes que se había tomado con intención ansiolítica, según manifestó el propio paciente posteriormente, negando en todo momento intencionalidad autolítica. Precisó ventilación mecánica y permaneció en la unidad de cuidados intensivos durante seis días. A parte de recibir atención periódica a cargo de los profesionales referentes del servicio de drogodependencias, durante el período de ingreso fue valorado por el psiquiatra de la red de salud mental perteneciente a la misma institución psiquiátrica donde había sido atendido en diversas ocasiones de urgencias, estando ingresado en la planta de medicina. Recomendó tratamiento de seguimiento ambulatorio de forma paralela en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) y en el CAS (servicio de drogodependencias) donde ya iba siendo atendido. Dado de alta hospitalaria el 17 de enero, al cabo de 11 días, fue a domicilio.

A pesar de la tendencia a abusar de los tranquilizantes, a partir de entonces mantuvo más regularmente el seguimiento en el CAS[f] y se inició psicoterapia fami-

[e] Los nombres han sido sustituidos para preservar la confidencialidad.

[f] Me refiero indistintamente a CAS y Servicio de Drogodependencias.

liar con la intervención de los progenitores, ante la evidente presencia de disfuncionalidad con una situación importante de dificultades por la desvinculación de la familia de origen, especialmente de la madre.

En marzo de 2011 tuvo la primera visita en el CSMA, donde se valoró que no necesitaba seguimiento en dicho recurso y que era tributario de seguimiento únicamente en el servicio de drogodependencias, puesto que presentaba un «perfil de toxicómano puro».

En el curso de la intervención, el Sr. J. ha presentado oscilaciones en el estado anímico, con alternancia de períodos de anhedonia, desmotivación, desesperación e ideación tanática, con estados sugestivos de hipomanía con hiperactividad, irritabilidad y conductas histriónicas. En los últimos meses, se sentía más ansioso —había empezado una nueva relación/convivencia sentimental—, habiendo reiniciado consumos compulsivos de cannabis y benzodiacepinas y presentando irritabilidad y enfrentamientos verbales con la familia. En una de las discusiones, el día 1 de diciembre de 2011, por hallar la puerta de casa cerrada decidió salir por el balcón. Se precipitó desde una altura de cuatro metros, con el resultado de politraumatismo de extremidades inferiores, contractura tibial abierta, de calcáneo y otras.

A lo largo del ingreso, intervenimos de forma coordinada el profesional correspondiente de la red de salud mental, es decir, el psiquiatra de enlace, y la terapeuta referente de drogodependencias. Se posibilitó la estabilización psicopatológica a pesar de la dificultad de control del dolor en aquellos momentos.

Dado de alta el 28 de diciembre de 2011, lleva realizando el seguimiento y evolución del proceso por parte de cirugía traumatológica. A la vez reemprendió el seguimiento en el servicio de drogodependencias, desde donde se objetiva la misma dinámica de comportamiento de antes del episodio traumático, con situaciones disfuncionales y de descontrol, episodios auto y heteroagresivos e importante dificultad de contención. Presenta muchas dificultades para la adherencia psicofarmacológica, demandas frecuentes y considerable desbordamiento familiar. La situación actual es totalmente insostenible a nivel ambulatorio y especialmente en el propio domicilio. Ha sido atendido en diversas ocasiones en urgencias del hospital psiquiátrico donde, según refiere la familia, han planteado la necesidad de ingreso, pero que se tiene que tramitar desde el CAS.

Es por este motivo que solicitamos ingreso urgente en la Unidad de Patología Dual (UPD) pero creemos conveniente que sea ingresado, previamente, en la Unidad de Agudos y posteriormente continuar el proceso en UPD[g], solicitud que firma la directora, la trabajadora social y la terapeuta del servicio de drogodependencias.

Esta fue la valoración diagnóstica: (DSM-IV-TR/CIE-10):

- *Eje I:* 292,89. Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. F19.01.
- *Eje II:* 301,9. Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad tipo Impulsivo. F60.30.

[g] Unidades de régimen hospitalario que al igual que las diferentes ambulatorias (CSMA, CSMIJ; SESM-DI; UFISS Demencias...) forman parte de la red de salud mental de un único proveedor de forma independiente a la red de drogas (que dispone del servicio de drogodependencias ambulatorio y un centro de actividades, además de toda la intervención realizada en, con y para la comunidad, y que precisa de múltiples trámites, coordinaciones y contactos para poder utilizar (cosa no siempre posible) recursos de la red de salud mental, especialmente hospitalarios y centros de día.

– *Eje III:* fractura 1/3 distal tibia derecha. Fractura conminuta de calcáneos que precisaron de Osteosíntesis quirúrgica y en proceso actual de Rehabilitación.

– *Eje IV:* problemas relativos al grupo primario de apoyo. Dificultades para la Desvinculación e Independización (Cancrini L).

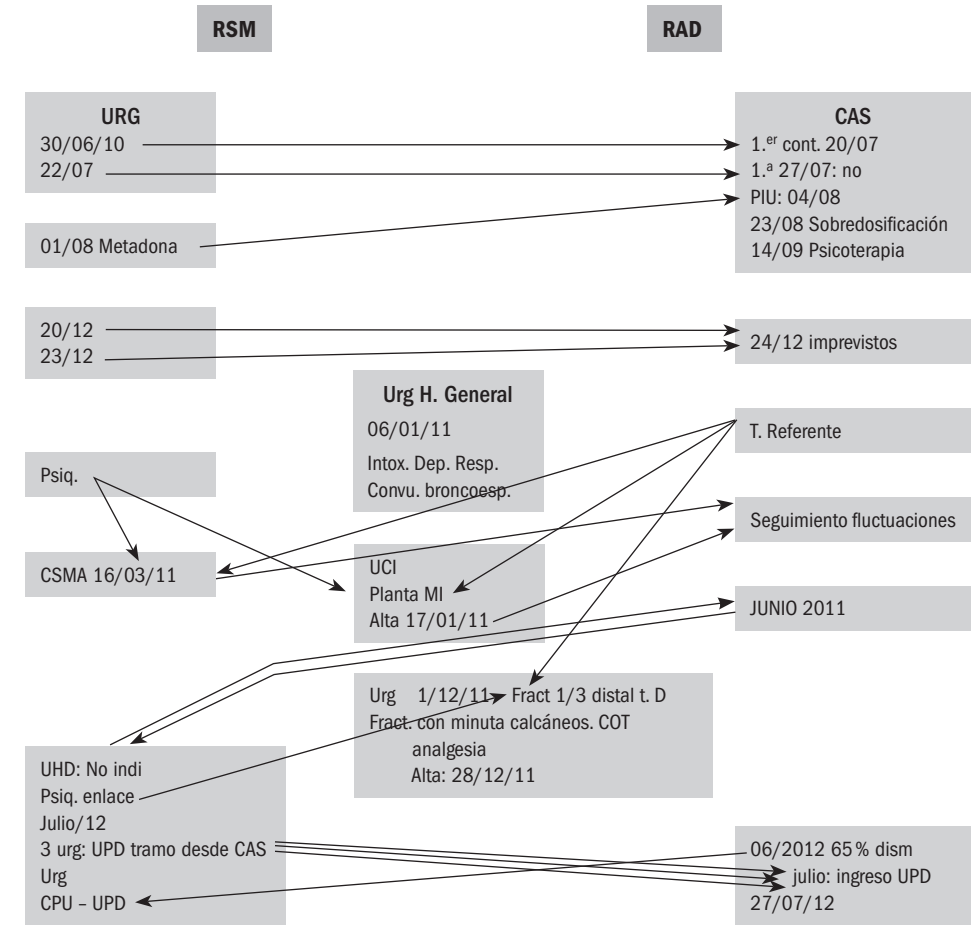
– *Eje V* = EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global): 45.

A lo largo del proceso de atención en el servicio de drogodependencias se habían realizado los trámites pertinentes para la valoración de minusvalía. A finales de junio, le concedieron un grado de disminución del 65 %, a partir del cual se cursó la solicitud de pensión no contributiva, la PNC, actualmente pendiente de resolución.

El mismo día en que se «derivó» desde el servicio de drogodependencias al centro psiquiátrico, fue ingresado en la Uni-

FIGURA 1

El día a día en un CAS a través de un caso



dad de Agudos y fue dado de alta a los cinco días del ingreso. Ingreso del que no tuvimos información, a pesar de los repetidos intentos de comunicación con la institución, con el fin, además, de posibilitar el traslado directamente a la Unidad de Patología Dual una vez contenido y estabilizado mínimamente el paciente de la situación de crisis. Supimos del ingreso a la semana del alta de la unidad de agudos, al acudir el paciente de forma imprevista al CAS con su madre y su pareja por sentirse ansioso y con *craving* de cannabis y por claudicación familiar. Situación que comportó la insistencia e intensificación de los intentos de comunicación y coordinación con la red de salud mental que propiciara una contención hospitalaria y valoración psicopatológica exhaustiva. Ingresó en la Unidad de Patología Dual al cabo de cinco días y solicitó alta voluntaria a las 48 horas. A partir de este momento prosigue con el plan terapéutico establecido desde el CAS. Incluye tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia individual, de pareja y familiar. Se observa cierta estabilización, especialmente por el cese del consumo de toda substancia psicótropa a excepción de los fármacos prescritos, y que mantiene de forma regular y correcta. Él y su familia lo atribuyen a «intervención divina» —está implicado activamente en la confesión evangelista—, a pesar de que sigue presentando altos niveles de ansiedad, dificultades en la tolerancia a la frustración, rasgos histriónicos y una dinámica relacional del todo disfuncional que ha coincidido con el embarazo de su pareja, con quien va a contraer matrimonio próximamente.

En este caso surge otro motivo de controversia, al que solo aludiremos superficialmente y que puede ser objeto de análisis y profundización en otra ocasión. Nos referimos a la conceptualización discursiva de la delimitación de los criterios «uso-abuso-dependencia» al introducirnos en el fenómeno de patología dual. Szerman expone que *«estudios recientes aclaran que un 6-11 % de los abusos terminan en dependencia y que algunos trastornos por dependencia no cumplen criterios de abuso; en otros se muestra que la odds ratio entre trastorno psiquiátrico y por uso de drogas fue más alta para dependencia que para abuso».*

La figura 1 pretende ser un intento de esquematizar someramente la complejidad evolutiva y de coordinaciones entre dispositivos e interacciones entre profesionales que caracterizaron a este caso. RSM está por red de salud mental y RAD por red de atención a drogodependencias.

Caso 2

Raúl es un varón de 28 años con los siguientes antecedentes. Es el tercer hermano de una fratría de cuatro; los hermanos mayores son una mujer y un hombre, y la pequeña se halla afecta de diabetes mellitus tipo 1 desde recién nacida. Parto inducido, ingresado a los tres días por la presencia de ictericia, que evolucionó favorablemente con la aplicación de fototerapia. Episodio de bronquitis obstructiva a los siete meses que precisó ingreso hospitalario. Adenoidectomía. De los catorce meses a los cuatro años de edad presentó episodios de convulsiones febriles; fue tratado con Luminaletas y diagnosticado de Disfunción Cerebral Mínima. Hiperactividad y retraso en el lenguaje. En mayo de 1989 se resolvió la cualificación de Disminución por Retraso Global del 45 %, resolución que según refieren sus progenitores no han conocido hasta el 2002 al realizar una nueva valoración que ahora se resuelve con una disminución del 33 % por capacidad intelectual límite. Estuvo adherido al Proyecto Es-

meralda[h], que abandonó en 2004. En agosto de 2004 reaparecieron crisis comiciales, tratadas con Lamotrigina. En febrero de 2005 se solicitó una consulta al servicio de drogodependencias por mediación de su médica de familia, ante la presencia de consumos de cannabis, alcohol y cocaína. Entonces se les consideró inductores de las crisis. En aquel momento, desde el servicio, se inició terapia familiar, especialmente dirigida a los padres y se orientó a Raúl al SESM-DI (servicio ambulatorio especializado en salud mental para personas con discapacidad intelectual), donde mantiene tratamiento y desde donde se tramitó, coordinó y resolvió que Raúl se vinculase laboralmente al Taller Baix Camp[i]. Cesó en el consumo de alcohol y cocaína y la evolución del paciente ha sido buena dentro de sus posibilidades.

En marzo de 2011 hubo nueva demanda de tratamiento, en esos momentos desde el dispensario de neurología, con el objetivo de prevenir el reinicio del consumo de marihuana, dado el estado de ansiedad en que se halla Raúl a raíz de la cesación del consumo de esta, situación que propicia mal control de la epilepsia, con la aparición frecuente de episodios que condicionan importantes dificultades para mantener la normalidad de la vida cotidiana; en tratamiento con Lamotrigina por parte del servicio de neurología, y Quetiapina y Oxcarbazepina desde el SESM-DI.

Raúl presenta importantes dificultades para el control de impulsos, intolerancia a la mínima situación de frustración, estado de ansiedad mantenido, irritabilidad y conductas disruptivas en el contexto de disfuncionalidad relacional. Se «automedicaba» (Khantzian EJ, 1985; Casas Brugué M, 1991)[j] consumiendo marihuana, aunque con grandes dificultades de autocontrol. Hemos introducido Clonazepam con el objetivo de disminuir la ansiedad a la vez que por su perfil antiepiléptico. Se intenta la posibilidad de mantener minimizado y «pautado» el consumo de marihuana, siendo conscientes de que la cesación absoluta es prácticamente imposible dadas las características estructurales y la situación de Raúl.

A pesar de la relativa mejoría de la situación basal de ansiedad, se han mante-

[h] Desde el *Consell Comarcal del Baix Camp,* con la ayuda de un grupo de maestros, psicólogos y pedagogos relacionados con el campo de la integración educativa a la escuela ordinaria, se creó en el año 1995 el *Projecte Maragda,* un servicio de apoyo a la inserción laboral en la empresa ordinaria para personas con discapacidad intelectual, que dura hasta la actualidad. En mayo del 2002, tomando como referente el éxito del *Projecte Maragda* y adoptando la misma filosofía, metodología y objetivos, se creó el *Projecte Heura,* un servicio que dura también hasta la actualidad y que da atención al colectivo de personas con problemas de salud mental.

El servicio *Maragda-Heura,* además de ayudar a este colectivo de personas con discapacidad, también asesora y da apoyo a aquellas empresas del mercado ordinario de trabajo que quieren contratar a una persona con discapacidad, sin que les represente ningún coste económico. Tienen que ser personas mayores de 16 años con un diagnóstico de trastorno mental, y con un grado de discapacidad con un grado de entre el 33% y el 65% reconocido por ICASS *(Institut Català d'Assistència i Serveis Socials);* con motivación para trabajar y aceptar un apoyo desde el servicio. El *Servei d'Inserció de Persones amb discapacitat (Heura* y *Maragda)* recibe la ayuda del Fondo Social Europeo y la Generalitat de Catalunya. http://www.baixcamp.cat/serveis-al-ciutada-/promocio-economica/projecte-heura-i-maragda.htm.

[i] Taller Baix Camp es una entidad sin ánimo de lucro con sede en Reus que actúa para todas las personas con discapacidad intelectual adultas y sus familias: nuestra misión es ofrecer los apoyos necesarios a las personas con discapacidad intelectual y a sus familiares para mejorar su calidad de vida. http://www.tallerbaixcamp.org/tbc/

[j] Citados por Francesc Abella i Pons. Tesis doctoral. Indicadors psicopatològics en un grup d'heroinòmans. Estudi del trastorn esquizotípic de la personalitat. Barcelona; 1999.

nido (y últimamente aumentado en frecuencia) los episodios compatibles con la epilepsia, que generan dificultades en la funcionalidad diaria, con el riesgo de sufrir complicaciones médicas a corto y mediano plazo. Por este motivo, y con el propósito de valorar de forma exhaustiva la situación tanto orgánica como psicopatológica de Raúl, se ha solicitado un ingreso en la UPD del hospital psiquiátrico de referencia, del que se está pendiente.

En las últimas semanas hemos indicado el aumento de dosis de Lamotrigina y han disminuido considerablemente la frecuencia e intensidad de las crisis. Informe realizado por su terapeuta el 2 de mayo de 2012 a instancias de la familia por el que se planteaba iniciar trámites para la incapacitación judicial, firmado por la directora, el trabajador social y la terapeuta referente, del servicio de drogodependencias.

Este caso es digno de reflexión por varias y diferentes consideraciones. Las ponderamos fundamentales a la hora de realizar los planes y políticas de actuación, atendiendo a todos aquellos —personas y entidades e instituciones de distintos ámbitos— que devendrán actores en los procesos del *continuum* asistencial que conforman precisamente el trabajo en red. En la primera etapa del tratamiento y desde el CAS se realizó un proceso de derivación coordinada con la red de salud mental, no exenta de trámites burocráticos, que pudieron minimizarse dada la implicación de los profesionales. Ello posibilitó el contacto y vinculación con la entidad de apoyo laboral, mientras se mantenía la propuesta de continuar las sesiones de terapia familiar con los progenitores desde el servicio de drogodependencias; cabe remarcar que no se adhirieron al proceso y lo abandonaron precozmente. En esta segunda etapa, si bien se han realizado contactos y coordinaciones entre intervinientes «diádicas» y «triádicas» y aún consensuando opiniones, aunque no en todos los casos, no ha habido forma de conseguir una intervención uniforme que mitigara la conflictividad de la situación y redujera el multiintervencionismo en paralelo.

El profesional especialista en neurología consideró que mientras Raúl no cesara de usar cualquier tóxico, por mínimo que fuera dicho consumo, el paciente no era subsidiario de ningún tipo de valoración, ni, incluso, de dosificación del fármaco prescrito. Y ello a pesar de insistirse en que había un abordaje periódico desde el CAS y una supervisión de los profesionales del Taller Baix Camp, con los que sí que ha habido un auténtico trabajo en red. Los profesionales del SESM-DI estaban de acuerdo en todo momento con nuestro planteamiento pero no consideraron que lo pudieran asumir ellos, a la vez que no intervinieron en el abordaje, valoración y replanteamiento psicofarmacológico ante la situación de inestabilidad de Raúl.

En julio se realizó la coordinación, a tres, entre los profesionales de la entidad laboral, el CAS y el SESM-DI, a instancias e insistencias de los dos primeros. El motivo era que en el taller se encontraban con grandes dificultades en el día a día por las repetidas «crisis» de Raúl en el puesto de trabajo, lo que comportaba traslados continuados al servicio de urgencias del hospital general, donde nunca se plantearon un ingreso ni observación a medio plazo. No obstante, probablemente esto hubiera sido en vano, ya que en varias ocasiones Raúl solicitó alta voluntaria una vez recuperado el estado post-crítico. En ninguna ocasión se pusieron en contacto desde el servicio de urgencias con el servicio de drogodependencias a pesar que, desde que la informatización de la historia clínica, se tiene acceso directo a toda la actividad asistencial y estamos ubicados en el hospital al mismo nivel en pisos contiguos. Sí, en cambio, cuando

las líneas telefónicas lo permitían, desde el taller, lo que alteraba la actividad del resto de trabajadores. Se plantearon diversos aspectos, laborales, legales, familiares y obviamente de la situación individual de Raúl, dependiente de los demás en muchos de los aspectos, especialmente en lo orgánico y psicopatológico. El paciente quedaba a la espera del ingreso en la UPD aún pendiente, y en ningún momento pudimos conocer qué previsión de tiempo de espera había. Dado que los intentos de comunicación eran repetidamente infructuosos, se acordó que desde los servicios laborales y el SESM-DI nos harían llegar al CAS sendos informes relacionados con Raúl para que los adjuntáramos a las repetidas demandas de ingreso en la UPD[k]. Finalmente, se pudo efectuar al inicio de las fiestas navideñas de 2012. Recordemos que el propósito de dicha admisión era una valoración exhaustiva, orgánica y psicopatológica, que posibilitara la estabilización de Raúl.

Caso 3

La Sra. Susana, de 34 años de edad, es usuaria del servicio de drogodependencias desde 1997. Realizó la demanda de iniciar tratamiento por su dependencia a opiáceos, alcohol, benzodiazepinas y, posteriormente, por abuso de cocaína. Es la mayor de cuatro hermanos. En 1992, a los 16 años, su madre, chófer de camión, murió en accidente laboral de circulación. La paciente quedó como cuidadora de los hermanos. La relación con el padre era conflictiva y dos años más tarde la paciente abandonó el domicilio paterno. Fue acogida en el domicilio de su abuela materna, que convive con una de sus hijas (hermana, por tanto, de la madre de Susana). En 1995 da a luz a una niña, fruto de una relación sentimental.

Poco después se inicia en el consumo de sustancias, con subsiguiente desatención a sus obligaciones maternales. Intervienen los servicios sociales municipales y de Atención Primaria, y de la DEGAIA (Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia, Generalitat de Catalunya) quedando la hija en régimen de acogida familiar y otorgándole la guarda y custodia a la bisabuela, abuela materna de Susana, hasta el 2004. En dicho año, esta sufrió un proceso avanzado de demencia, por lo que la guarda y custodia pasó a la hija, tía materna de Susana. En el plan de trabajo se estableció un régimen de visitas para que Susana pudiera relacionarse con su hija.

En 2001 nace su segunda hija, afecta de SIDA por transmisión vertical, fruto de otra relación sentimental con otro varón, Miguel, también usuario del servicio. Tras una nueva intervención de los servicios sociales de atención primaria de salud y de la DEGAIA, se retira la tutela a los padres y se otorga la guarda y custodia a la hermana de Miguel y a su esposo, interesados en hacerse cargo de la niña. Desde entonces vive con ellos, quedando establecido el régimen de visitas para Susana, lo que supone poder continuar manteniendo el contacto.

El proceso terapéutico ha sido muy irregular, alternando períodos de relativa estabilidad con otros de situaciones críticas que han requerido continuos ingresos por vía de urgencias y estancias en el psiquiátrico de referencia, centros residenciales como Comunidades Terapéuticas (CT)[l], unidad hospitalaria de desintoxi-

[k] UPD y SESM-DI forman parte de la misma institución proveedora de los servicios de salud mental, los cuales disponen de una unidad de ingreso para personas con disminución psíquica que se encuentran en una situación de inestabilidad.

[l] Centros de la red de Comunidades Terapéuticas, concertadas —por decirlo de algún modo— con el Departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Catalunya, recursos en definitiva que no dependen del Departamento de Salud.

cación (ubicada en la planta de Medicina Interna del hospital general de la ciudad vecina, pero dependiendo de la institución psiquiátrica), etc. A pesar de ello nunca ha perdido el vínculo con el servicio de drogodependencias, donde acude siempre que se halla en situaciones de desesperación y rozando la indigencia, pues ha estado temporadas malviviendo en masías abandonadas y casas desocupadas, en situación de precariedad extrema, marginación y dura subsistencia.

Sufrió deterioro en relación a su estado físico, abandono de hábitos, higiene, aspecto descuidado y sucio, mala alimentación, deambulando sin rumbo por la calles, acudiendo repetidamente a urgencias del hospital general. Y un progresivo deterioro cognitivo, con desorientación, lenguaje incoherente, agitación, conductas regresivas, ideas de suicidio, etc. Dejó de acudir a las visitas programadas de sus hijas. Como medida de contención, ante la gravedad de la situación y el empeoramiento de su estado de salud, el equipo del CAS decidió que Susana ingresara en una determinada CT, donde Susana fue admitida el 21 de diciembre de 2006, ocupando una de las plazas «gratuitas» que tiene concertada la asociación cogestora junto a servicios sociales del Ayuntamiento. En su día posibilitaron los trámites y propuestas realizadas por la directora del CAS y nos coordinamos periódicamente con dicha asociación. En aquel momento se iniciaron trámites para solicitar una valoración de incapacitación civil de Susana y que se asumiera la función tutelar desde una fundación. De otro modo no se podía contar con ningún apoyo familiar ni social que permitiera conseguir y mantener una completa estabilidad, garantizarle un seguimiento médico, una mejoría de su calidad de vida y motivación para poder continuar manteniendo la relación con sus hijas.

Estando en la CT, Susana presentó una importante mejoría y estabilización que a principios de 2008 conllevó que fuera denegada la incapacitación judicial. En todo el período de estancia en la CT se mantuvo abstinente de todo tipo de tóxicos y realizó seguimiento de la psicopatología en el CSMA y del VIH en el servicio de medicina interna del hospital comarcal ubicado en la misma comarca donde se encuentra la CT.

A principios de enero de 2009 salió de la CT tras una estancia de dos años. Aunque se ha mantenido abstinente de sustancias psicótropas, ha presentado episodios de inestabilidad emocional y orgánica, y dificultades para mantener la normalización social, situación que ha motivado diferentes y diversas atenciones en el servicio de urgencias del hospital general, demandas diarias al servicio de drogodependencias —somos sus referentes más cercanos— y más de un ingreso en la UPD del hospital psiquiátrico.

Dada la intervención integral, con acompañamientos y atención continuada de los educadores del CAS y en el centro de actividades dependiente del propio servicio de drogodependencias, desde el mes de abril se consiguió una cierta estabilización, con seguimiento psicopatológico en CSMA y toma de medicación con supervisión diaria en el CAS. Compartía vivienda con otras personas e inició el seguimiento del VIH que hacía tiempo había descuidado, con adhesión al tratamiento antirretroviral ante la presencia de alta carga viral e inmunosupresión.

En otoño de 2009, coincidiendo con una situación de crisis de su hija mayor —ya de 14 años de edad e institucionalizada a causa de la claudicación de su tía abuela, quien había tenido la guarda y custodia—, Susana inició un proceso de descompensación basal con importante desestabilización emocional y orgánica, situación que nos hizo plantear

reingreso en UPD y CT a largo plazo. A finales de 2009, realizados los trámites y en espera de que se llevara a cabo el ingreso, requirió admisión en medicina interna del hospital general por la presencia de complicaciones orgánicas debidas a la situación de inmunosupresión. Una vez dada de alta se mantuvo la toma de medicación supervisada diariamente en el CAS, estando pendientes aún las derivaciones a UPD, CT y piso para enfermos con VIH, ingreso que no se llegó a producir. Con la intervención interdisciplinaria, el cambio de vivienda y sus convivientes, se propició una estabilización que, aunque precaria, posibilitó y facilitó la adhesión de Susana al Proyecto Hiedra, con el objetivo de promover la inserción laboral y la propia autonomía.

Se da la circunstancia, además, que Susana dispone de una vivienda propia de la que no puede disfrutar dado que desde hace tiempo se halla ocupada. Se están llevando a cabo las diligencias pertinentes para que pueda beneficiarse lo antes posible, cosa que pareció ser posible a partir de la primavera de 2011 pero que por un error de notificación notarial se retrasó considerablemente. Esta incertidumbre en la disponibilidad de la vivienda y la inestabilidad y precariedad de la hija de 15 años, con las consecuentes dificultades para poder mantener una relación estabilizada con esta y con la pequeña de nueve años —aquí el trabajo fue coordinado y mantenido con EAIA[m]— conllevaron una nueva desestabilización y descompensación psicopatológica de Susana, la cual motivó el ingreso en la unidad de agudos del hospital psiquiátrico.

Con la perspectiva de la disponibilidad de vivienda propia, la predisposición, motivación y adherencia al proyecto de inserción laboral de Proyecto Hiedra, desde el servicio de drogodependencias se trabaja con la red comunitaria social de infancia la posibilidad de que, de una forma autónoma, con el apoyo de servicios sociales y mediante ayudas para la adecuación del piso, SAD[n], a medio plazo pueda convivir con su hija mayor en el domicilio propio.

Pensamos que mientras que la paciente no pueda disponer de la vivienda, la estabilización psicopatológica conseguida con la intervención terapéutica en el medio contenido de la hospitalización difícilmente se podrá mantener fuera de esta, dada la continuidad de cuidados que requiere la situación compleja de Susana.

Es por esta razón que planteamos la posibilidad de consolidar la estabilización en un contexto asistencial integral de forma continuada a medio plazo, donde podamos intervenir, con tiempo y coordinación, los diferentes dispositivos de la red de atención sociocomunitaria y de la unidad hospitalaria de subagudos del hospital psiquiátrico de referencia. Susana ha presentado una buena evolución durante su ingreso en dicha unidad y continua manteniendo las sesiones de psicoterapia en el servicio de drogodependencias, además de las sesiones familiares con la hija mayor, el programa formativo Proyecto Hiedra y algunas sesiones de apoyo psicosocial con la educadora del CAS.

En junio de 2011 había previsión de que su piso iba a ser desocupado. Se hacía imprescindible, para poder iniciar el proceso de alta de la unidad de subagudos, una inserción social más normalizada, la convivencia con la hija mayor y asimismo poder acoger a la pequeña cuando tuviera las visitas pertinentes e incluso poder ampliar el horario de las mismas.

[m] EAIA: *Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (Generalitat de Catalunya).*

[n] SAD: Servicio de Atención Domiciliaria por parte de servicios sociales municipales.

Además, y dado que no solo se trataba de favorecer la salud mental de Susana sino también la de las menores, de 16 y 9 años, valoramos conveniente que se actuara en el proceso de resolución de la ocupación del piso lo antes posible, pues no consideramos conveniente para la buena evolución prolongar la situación de ingreso hospitalario. Se exploraron otras opciones (otras CT, pisos tutelados, pisos compartidos) que no se valoraron viables.

En cuanto a la propuesta de intervención con la hija mayor, gracias al buen vínculo materno-filial, se han podido realizar algunas sesiones de psicoterapia familiar encaminadas a reconducir la situación de las menores —la hija mantiene una relación sentimental con un chico también menor— y se ha conseguido incidir en aspectos formativos con el fin de intentar normalizar esta situación. Así, la hija está a seguimiento en el servicio de atención a la salud sexual y reproductiva y utiliza métodos contraceptivos; también se ha preinscrito en programas de cualificación profesional inicial dirigidos a jóvenes que han terminado la ESO y no han conseguido la titulación.

Este informe dirigido a la DEGAIA fue escrito conjuntamente por la directora (psiquiatra psicoterapeuta), el terapeuta referente de Susana, la trabajadora social, la educadora social y la coterapeuta del CAS. Quizá pueda pensarse que se trata de un discurso redundante y recurrente y que puede representar de lectura incómoda y molesta. Pero hemos querido presentar el informe de la forma más completa posible, y así expresar de forma fehaciente la realidad asistencial cotidiana.

Este caso ilustra la necesidad de la intervención interdisciplinar y el trabajo de coordinación entre redes. La participación sinérgica de la red de salud mental ha significado el punto de inflexión

FIGURA 2

Plan de acción sobre drogas de Reus

que ha sido clave en posibilitar la estabilización de Susana. A pesar de la implicación y frecuente coordinación realizada, se han ido produciendo más dificultades de aunar criterios y objetivos con otros de los actores intervinientes, especialmente los dependientes de la administración.

En la figura 2 se visualizan los diferentes programas y proyectos que orbitan alrededor del CAS de Reus y que contribuyen a configurar su plan de acciones sobre drogas.

Y nos adentramos ahora en otro de los aspectos fundamentales de la intervención en relación al paradigma de reducción de daños llevado a cabo previamente con esta paciente, en las primeras fases en que inició el tratamiento con metadona.

> *«Entre consumidores de drogas inyectadas y afectos de depresión existe una mayor gravedad de la depresión y mayor frecuencia de las conductas de riesgo en la administración inyectada de drogas. Es necesario diseñar programas de reducción de riesgo orientados específicamente a los usuarios de drogas inyectadas y comorbilidad con depresión»* (Stein MD et al.)[16].

Más allá de las «etiquetas» diagnósticas y sin pretensión de obviarlas, hay que recordar que suponen una guía pero no una condición rígida y asfixiante que determine totalmente la intervención. Se habla de patología dual cuando se presentan de forma simultánea un trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas y otro trastorno mental. Incluso se habla de patología «trial» cuando se asocia a la presencia de VHC+ y de «tetral/cuatrial» si además existe VIH+. Pero si además hay hepatopatía alcohólica, demencia, desnutrición, neuropatía, senectud, retraso mental; o también migración, problemas laborales, problemas sociales, problemas económicos, problemas judiciales, maltrato, falta de domicilio fijo (sin hogar), ¿entonces como llamarlo? J. L. Torres Larrañaga propone el término *multimorbilidad.* De una forma irónica yo lo designo «decatlón» por la metafórica analogía con la carrera de obstáculos que los individuos afectados, las familias y los profesionales deben ir superando. Lo que nos induce a enfatizar, independientemente de la nomenclatura que utilicemos, que nos ocupamos de una coyuntura de significante complejidad y que como tal debe ser emprendida.

Reiteramos que la intervención debe plantear un tratamiento integrado que se puede, asimismo, concebir desde las distintas epistemologías teóricas. Según Torres Larrañaga:

> *«es el modelo por excelencia, el tratamiento por excelencia, el tratamiento que se sigue en un servicio psiquiátrico o de tratamiento contra la droga o en un programa o servicio específico para la comorbilidad».*

A MODO DE CONCLUSIÓN

Este foro nos ofrece la oportunidad de enfatizar la continuidad asistencial desde el paradigma de la visión holista del individuo y su entorno, como propone Medrano:

> *«La respuesta adecuada a las necesidades de un colectivo heterogéneo, con necesidades tan diversas, requiere una cuidada planificación, así como avanzar en una cultura de abordaje interdisciplinario integrador en el que participen diversas profesiones que puedan contribuir con habilidades y conocimientos particulares y las diferentes instancias y administraciones»*[17].

Volviendo a Carmina Catalá y José Ubieto[18]:

«La coordinación entre profesionales parece ser que es el máximo objetivo a conseguir, siendo casi siempre una coordinación finalista, muy pocas veces se utiliza esta coordinación para ampliar la mirada sobre los casos, o sea para construir una visión global, que siempre es más compleja. En cuanto que los diferentes profesionales confían en que la red de la que forman parte cuide del usuario (la víctima), se le anima a establecer este recorrido.» (Escudero A, Polo C.) [19]

Con lo que valoramos la red como:

«el entramado de vínculos en los que se construye el sujeto psíquico, es decir, el sujeto social o a la inversa. Es por este motivo que la red (social) preexiste al sujeto y, evidentemente, a los equipos; por eso el trabajo en red es trabajar en y con la comunidad desde una perspectiva de continuidad de cuidados y de articulación de recursos que los hacen posible» (Leal J)[20].

Se debe posibilitar la capacitación (empoderamiento) de las personas:

«Si se trata de cuidar a las personas, la atención recibida tiene que ser sentida por la persona receptora como sensible y enfocada al bienestar. Lleguen de donde lleguen, las respuestas deben permitir que las personas puedan conectar con sus competencias para actuar, y reactivar sus capacidades emocionales, físicas e intelectuales, para poder utilizar sus propios recursos» (Sellarès R)[21].

«El esfuerzo explicitado (desde las políticas) de coordinación para abordar un problema determinado otorga reconocimiento sobre el mismo y probablemente es el medio más eficaz para confrontar la presión social basada en sistemas de creencias estigmatizadoras[22]*.»*

Permítanme terminar de una forma poética con palabras de una conciudadana de nuestras comarcas, pues me ha parecido oportuno y adecuado por su sencillez a la vez que por su profunda sensibilidad.

DUAL

Arbre en la meva terra	Árbol en mi tierra
et seré branca i flor	te seré rama y flor
la teva rel en mi.	tu raíz en mí.
La meva rel en tu	Mi raíz en ti
terra per al meu arbre	tierra para mi árbol

Maria Eulàlia Amorós i Solà, 1925

BIBLIOGRAFÍA

1. *Humoradas* (1886-1888) Ramón de Campoamor.
2. Traducción. Diccionari enciclopèdic de Medicina. Diccionaris Enciclopèdia Catalana; 1990.
3. Diccionario Enciclopédico Océano; 1990.
4. Traducción del «Diccionari de la llengua catalana». Institut d'Estudis Catalans; 2007.
5. Diccionario Arimany de Sinónimos.
6. Traducción del «Diccionari de la llengua catalana». Institut d'Estudis Catalans; 2007.
7. Traducción del «Diccionari de la llengua catalana». Institut d'Estudis Catalans; 2007.
8. Psychological dysregulation, white matterdisorganization and substance use disorders in adolescence. Addiction 2011;107:206-214.
9. *Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Pla Director de Salut Mental i Addiccions.* Barcelona; 2006.
10. Abella D. Psiquiatria Fonamental. Barcelona, Edicions 62; 1981: 17-20 (introducció).

11. Clark DB, Hung T, Thatcher DL, Pajtek S, Long EC. Psychological dysregulation, white matterdisorganization and substance use disorders in adolescence. Addiction 2011;107:206-214.

12. Monografía sobre el alcoholismo. Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, coordinadores. Socidrogalcohol; 2012.

13. José Luís Torres Larrañaga, psiquiatra del Hospital General Universitario Camilo Cienfuegos.

14. Swendsen J, Le Moal M. Annals of the New York Academy of Sciences. Ann NY acad Sci 2011; 1216:73-85.

15. Catalá C, Ubieto J. P9: SM y SS.SS. Salud mental y sistema de servicios sociales. Catalá C, Ubieto JR. Continuidad de cuidados y trabajo en red en Salud. Leal Rubio J, Escudero Nafs A (coord.). Cap. IV: la continuidad de cuidados y la ciudadanía. El obligado encuentro de salud mental con otros subsistemas; 181.

16. Gravedad de la depresión y conductas de riesgo para la infección por VIH en la administración inyectada de drogas. Edición en español de: Stein MD, Solomon DA, Herman DS, Bradley, Anderson, Miller I. APA Depression and Comorbidities. Self-assessment Program. Depression and Substance Abuse. Editor-in-chief Schatzberg AF. 2012: 5-10.

17. Continuidad de cuidados y trabajo en red en salud mental. Leal Rubio J, Escudero Nafs A, coordinadores. Capítulo IV, por Medrano J: La continuidad de cuidados y la ciudadanía. El obligado encuentro de salud mental con otros subsistemas. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006: 363.

18. Salud mental y sistema de servicios sociales. Catalá C, Ubieto JR. Pág. 181. Continuidad de cuidados y trabajo en red en salud mental. Leal Rubio J, Escudero Nafs A, coordinadores. Pág. 363. Capítulo IV, por Medrano J: La continuidad de cuidados y la ciudadanía. El obligado encuentro de salud mental con otros subsistemas. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006.

19. La continuidad de cuidados en las mujeres víctimas de violencia de género. Escudero Nafs A, Polo Usaola C. Continuidad de cuidados y trabajo en red en salud mental. Leal Rubio J, Escudero Nafs A, coordinadores. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006: 327.

20. La relación en los cuidados y el trabajo en red en salud mental, El núcleo de la continuidad de cuidados, La relación entre los cuidados y el trabajo en red en salud mental, Continuidad de cuidados y trabajo en red en salud mental. Leal Rubio J, Escudero Nafs A, coordinadores. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006.

21. Continuidad de cuidados y los ámbitos de educación formal. Sellarés Viola R. Pág 251. Continuidad de cuidados y trabajo en red en salud mental. Leal Rubio J, Escudero Nafs A, coordinadores. Capítulo IV, por Medrano J: La continuidad de cuidados y la ciudadanía. El obligado encuentro de salud mental con otros subsistemas. Pág. 363. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006.

22. Escudero A, Polo C. Continuidad de cuidados en víctimas de violencia de género. Pág. 17.

REDES, COORDINACIÓN E INVESTIGACIÓN

JOSÉ M.ª VÁZQUEZ VÁZQUEZ

Psiquiatra referente del Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias de Sants (Barcelona). Responsable del Comité Operativo de Salud Mental y Adicciones de Barcelona Izquierda. Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

Aplicando en la actualidad el conocimiento socrático, podemos afirmar que siguen existiendo situaciones incongruentes en nuestra sociedad que dificultan el desarrollo de los programas de atención a diversos procesos vitales. La asistencia y tratamiento de los problemas de la salud mental, en nuestro entorno, tampoco escapa a ello. José Ortega y Gasset[1] advertía que la persona en que nos convertimos es una mezcla de determinación genética e influencia del entorno, y que esas complejas interacciones de nuestros genes y el mundo en el que nos desarrollamos provocan que las personas acabemos teniendo finalmente perspectivas distintas, personalidades distintas, y distinta capacidad para tomar decisiones.

Debiéramos añadir, siguiendo en esta línea de pensamiento y de acuerdo con la hipótesis del doble impacto de Stephen M. Sthal[2], que para que un trastorno psiquiátrico se manifieste abiertamente, no solo debe recibirse el impacto genético sino que deben sufrirse segundos impactos ambientales de algún tipo, mediatizados por la estructura de personalidad de cada individuo, sus habilidades de afrontamiento ante los problemas y el apoyo psicosocial que recibe. Además, los enfermos mentales son unos habitantes más con los que debemos contar, como decía el Profesor Don Carlos Castilla del Pino. Están en nuestro entorno, el cual proporciona influencias bioquímicas potenciales (sustancias de abuso) que actuarían sobre el genoma contribuyendo a que la vulnerabilidad genética a una enfermedad psiquiátrica se pusiera de manifiesto, o bien se desarrollase posteriormente al impacto tóxico.

Lo cierto es que se ha producido un cambio sustancial en nuestros pacientes con problemas de salud mental. Todo ello ha contribuido a la aparición de un nuevo constructo psicopatológico: la patología dual. Es un término que se aplica para designar la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental en una misma persona. Podría considerar-

se como la intersección entre ambos trastornos mentales (comorbilidad, coexistencia, etc.), teniendo en cuenta que no se trata de una suma de ambas patologías sino de una sinergia entre ellas.

Un estudio realizado en el CAS de Sants[3] mostraba que la prevalencia de patología dual en 381 pacientes admitidos a tratamiento (primeras visitas) en el año 2009 era de un 40 %. Un editorial[4] publicado el 30/05/11 por David A. Lewis, director adjunto del *American Journal of Psychiatry,* advertía que la patología dual era una prioridad internacional que los profesionales debían de tener en cuenta. Opsal y cols.[5] planteaban que para tratar adecuadamente a pacientes con primeros episodios psicóticos, los médicos debían enfatizar el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, así como la enfermedad psicótica. Además, los pacientes con trastornos por uso de sustancias y con primer episodio psicótico son más propensos a tener peor respuesta al tratamiento que aquellos con psicosis únicamente.

Posteriormente el Dr. Néstor Szerman, presidente de la Sociedad Española de Patología Dual, afirmaba el 12/03/12 (en el XX Curso de Actualización en Psiquiatría celebrado en Vitoria) que el 72 % de los drogodependientes sufren patología dual y que alcohol, cannabis, cocaína y tranquilizantes son las sustancias más prevalentes, por este orden. También se mencionaba que, aunque hay evidencias que algunas sustancias producen estos efectos neurodegenerativos, lo que llamamos específicamente patología dual pertenece probablemente a los trastornos del neurodesarrollo.

Es en esta situación clínica cuando se nos presenta la gran incongruencia del sistema. Tradicionalmente, los afectados por una patología dual no han podido beneficiarse de los dispositivos asistenciales destinados al tratamiento de personas

FIGURA 1

Comité de atención integral de salud. Barcelona Izquierda (CAIS-BE)

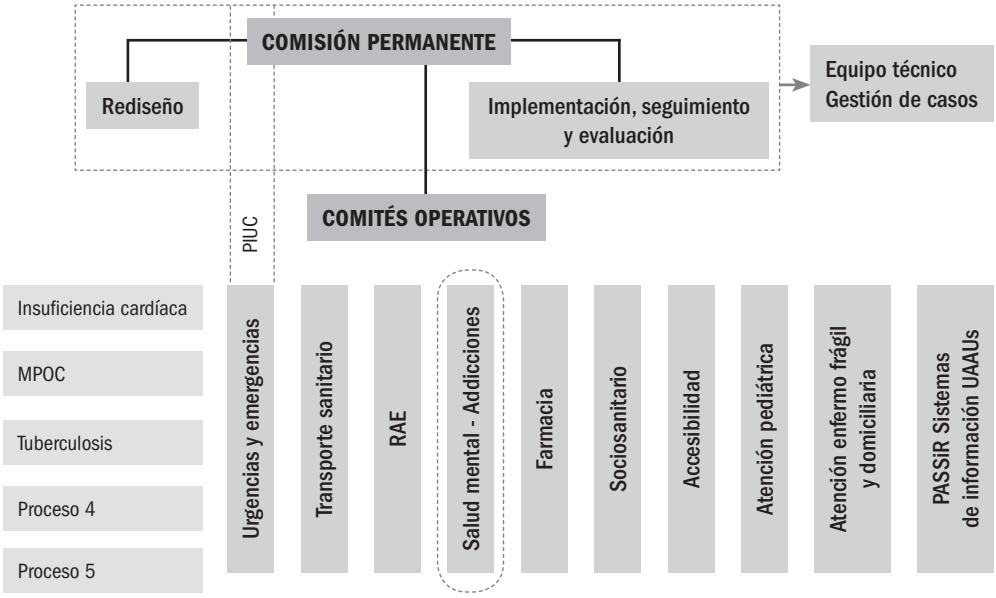
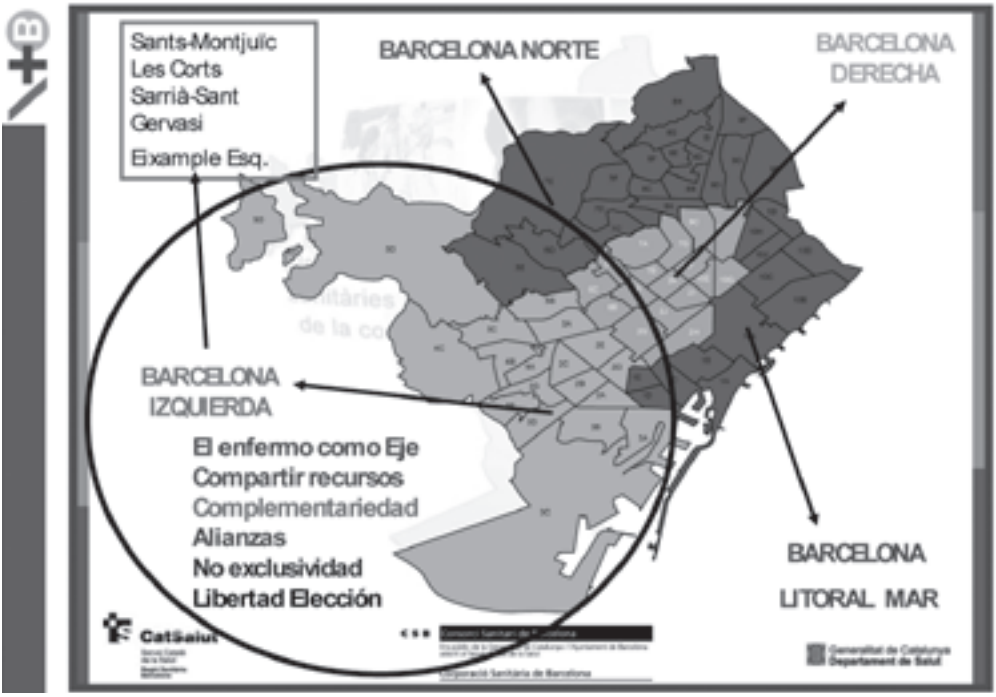


FIGURA 2

Mapa esquemático de las cuatro áreas de atención integral de salud (Barcelona)



con problemas de salud mental o de drogas, debido, fundamentalmente, a la naturaleza específica de cada una de las redes.

Es importante, pues, adaptar las intervenciones en función del tipo de sustancias y tipo de trastorno mental, teniendo en cuenta que la gravedad de la enfermedad y las actitudes hacia la medicación se hallan relacionadas con la adhesión al tratamiento, y sin olvidar que los pacientes duales también pueden presentar patología orgánica y que, por su propio sistema de vida, afrontan fuertes estresores psicosociales.

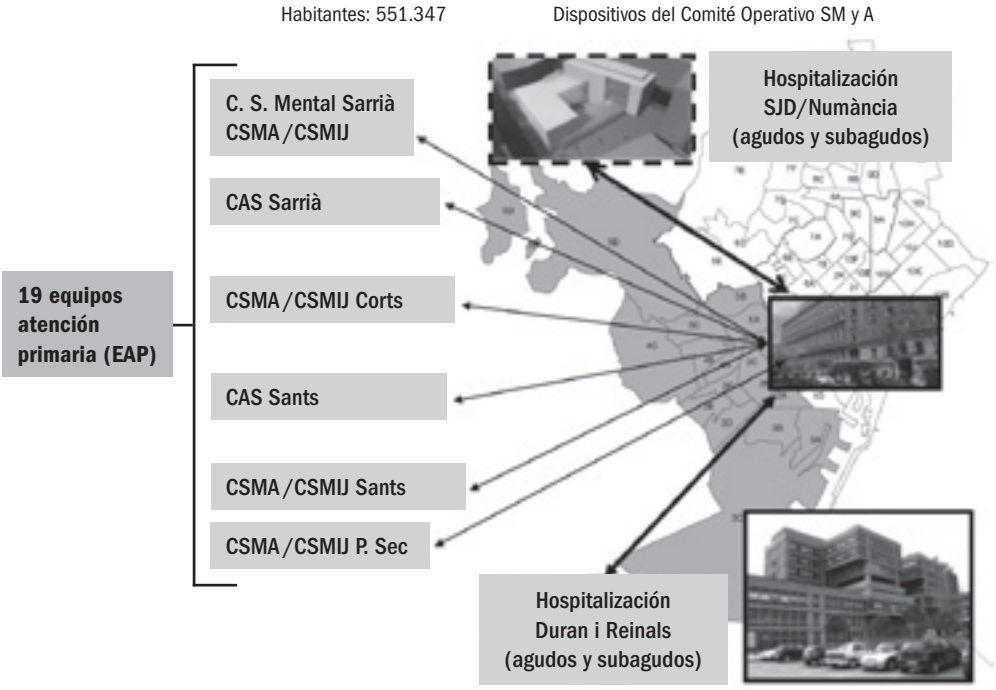
No cabe duda que el tratamiento de la patología dual precisa de una intervención asistencial eficaz y eficiente. Esta es la misión que tiene el Comité Operativo de Salud Mental y Adicciones (COSMIA) de Barcelona Izquierda, enmarcado dentro del *Àrea Integral de Salut-Esquerra* (AIS-E). Consiste en ofrecer atención integral de salud en un marco territorial, dirigida a la población a través de la coordinación de las entidades, de los servicios de salud y de sus profesionales. En la figura 1 se aporta un esquema que ilustra sobre niveles e interrelaciones de esta organización funcional.

Se definen cuatro áreas de atención integral de salud en la ciudad de Barcelona. Nuestra área corresponde a la Barcelona Izquierda, donde el paciente es el eje vertebral de la asistencia, compartiendo recursos, siendo complementarios y estableciendo alianzas interservicios. La figura 2 aporta un mapa esquemático.

El planteamiento básico sería la integración funcional de los recursos del territorio, que se asienta sobre una población

FIGURA 3

Comité operativo de salud mental y adicciones de BCN-IZDA



de 551.347 habitantes, para mejorar la eficiencia de los mismos. Para ello, Atención Primaria de Salud, CSMA, CSMIJ, CAS, Hospital Clínico, Hospitalización Sant Joan de Déu/Numancia y Hospitalización Duran i Reinals trabajarían de una forma funcional conjunta. La figura 3 ilustra al respecto.

El Comité Operativo de Salud Mental y Adicciones de Barcelona Izquierda se compone de varios grupos de trabajo:

- COSMIA adicciones.
- COSMIA psicosis incipiente.
- COSMIA farmacia.
- COSMIA infantojuvenil.
- COSMIA primaria.
- COSMIA servicios de rehabilitación.

Se han elaborado distintos protocolos de funcionamiento que son de aplicación en todo el territorio:

- *Protocolos definitivos:*
  1. Protocolo de agitación psicomotriz (técnico).
  2. Protocolo de contención (técnico).
  3. Protocolo de psicosis (técnico).
- *Protocolos de coordinación definitivos:*
  1. Protocolo de coordinación Centro Salud Mental Adultos (CSMA)/ Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS).
  2. Protocolo de coordinación CAS/ Urgencias Hospitalarias (UCIAS).
  3. Protocolo de coordinación CAS/ Programa Atención Específica para Trastorno Psicótico Incipiente.

FIGURA 4

Atención integrada a la psicosis incipiente

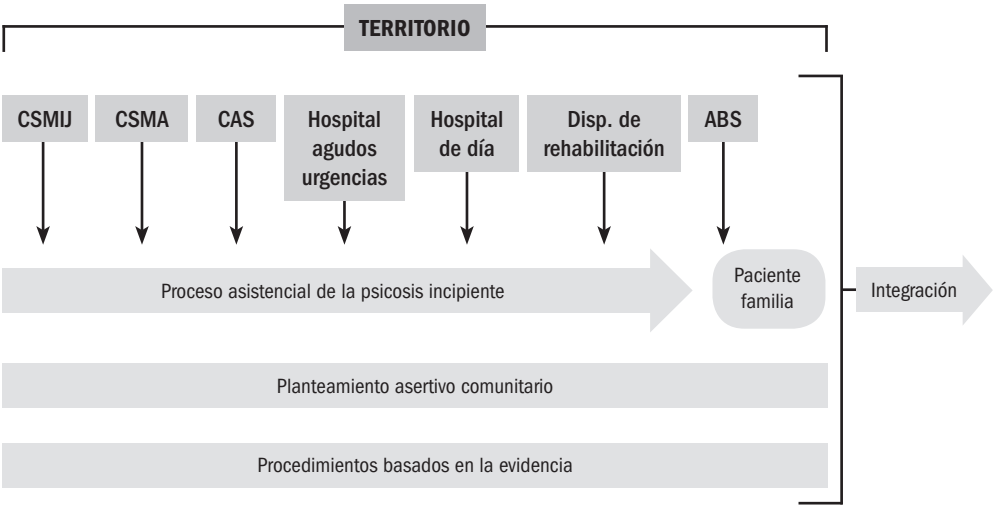


FIGURA 5

Procedimiento de derivación y colaboración CAS - CSMA

2. PROCEDIMENT DE DERIVACIÓ I COLABORACIÓ CAS - CSMA

2.1. Cas detectat i en periode de valoració o en tractament en CSMA

- El professional del CSMA detecta la situació en la consulta
- Comenta amb el pacient el motiu de la derivació
- Fa informe de derivació que entrega al pacient per tal que demani hora en el CAS
- Informa al referent del CSMA en el CAS per tal de poder fer el seguiment en les coordinacions posteriors

Si es una situació urgent o de PAE TPI

- Es segueix el procediment anterior però es contacta amb el referent del CAS per tal d'acordar una visita amb el pacient. El pacient se'n va del CSMA amb la visita programada pel professional del CAS
- Si no ha estat possible connectar amb el professional del CAS, s'envia un fax amb l'informe explicitant el motiu de la derivació
- El CAS connecta amb el pacient i li dona hora de visita en 24-48 hores

2.2. Cas detectat i en periode de valoració o en tractament en CAS

- El professional del CAS detecta la situació en la consulta
- Comenta amb el pacient el motiu de la derivació
- Fa informe de derivació que entrega al pacient per tal que demani hora en el CSMA
- Informa al referent del CAS en el CSMA per tal de poder fer el seguiment en les coordinacions posteriors

Si es una situació urgent o de PAE TPI

- Es segueix el procediment anterior però es contacta amb el referent del CSMA per tal d'acordar una visita amb el pacient. El pacient se'n va del CAS amb la visita programada pel professional del CSMA
- Si no ha estat possible connectar amb el professional del CSMA, s'envia un fax amb l'informe explicitant el motiu de la derivació
- El CSMA connecta amb el pacient i li dona hora de visita en 24-48 hores

3. INFORMACIÓ A COMPARTIR

Es valora el full de derivació i/o interconsulta com l'eina idònia per intercanviar informació entre els serveis. Ha de contenir informació rellevant per a la continuïtat de l'atenció com: motiu de la derivació, tractament en curs, professional referent, ...

S'adjunta el full de derivació emprat pel CAS de Dalmases, que es va renovar en el seu sector.

Full de derivació/interconsulta

Nom

Data inici tractament al CAS Garrigues

Motiu del tractament

Diagnòstic

Es deriva a GAP

Motiu

Sintomatologia

T. Farmacològic en curs

Avaluació

Derivació inicial

Parcial

Professional referent CAS

Capçalera referent

Data

Signatura

ABD Associació Benestar Desenvolupament

FIGURA 6

¿Qué hacer cuando padecemos insomnio?

Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra

CSB Consorci Sanitari de Barcelona
Ens públic de la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona adscrit al Servei Català de la Salut
Corporació Sanitària de Barcelona

¿QUÉ HACER CUANDO PADECEMOS INSOMNIO?

Una persona tiene insomnio cuando no puede dormir las horas suficientes para sentirse bien al día siguiente. La cantidad de horas de sueño necesarias son diferentes de una persona a otra y disminuyen con la edad.

Si usted padece insomnio lo primero que tiene que intentar son las medidas de higiene del sueño.

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

Recomendaciones que permiten dormir mejor:

- Establecer un **horario regular** para acostarse y levantarse. En los días festivos es mejor seguir un horario parecido al de los días laborales.
- Un hábito de **ejercicio físico** ayuda a dormir mejor, pero no debe hacerse durante las 3 horas antes de acostarse.
- Evite consumir **estimulantes** (café, té, chocolate y tabaco) y alcohol, especialmente durante la tarde / noche.
- No hacer **siestas** (se puede aceptar hasta 30 min. después de comer)
- Cuide su **dieta** y realice la última comida ligera unas 2 horas antes de acostarse.
- **"Desconectar" de las tensiones del día** antes de la cena y al menos dos horas antes de acostarse. Puede ser útil efectuar antes de cenar una breve sesión de repaso de las actividades efectuadas, establecer las pendientes para el día siguiente y "cerrar los temas" hasta el día siguiente.
- Después de cenar establecer una serie de **actividades relajantes antes de acostarse** (relajación, baño, música suave, lectura no excitante, siempre con luz muy suave,…) a repetir cada día de forma rutinaria.
- El **dormitorio** debe estar a una temperatura adecuada, algo más fresca que en la cama. La luz debe ser muy suave. Evitar toda clase de ruidos.
- **Acostarse sólo para dormir**: si en 15-20 minutos no se duerme, levantarse y repetir alguna actividad relajante con poca luz y después volver a intentar dormir. **No obsesionarse** con la idea de dormirse. El sueño ha de venir solo.

Para obtener un buen resultado, cada persona debe adaptar este conjunto de pautas a su caso y repetirlas sistemáticamente día tras día

¿CUÁNDO ACUDIR AL MÉDICO?

Si siguiendo las pautas de higiene del sueño no consigue dormir bien, consulte con su médico. El insomnio puede aparecer debido a muchas causas y su médico puede ayudarle a encontrarlas y a solucionar el problema.

En algunas ocasiones puede estar indicada la prescripción de medicamentos. En este caso tenga en cuenta que estos medicamentos alivian el insomnio, pero no siempre son la mejor solución y tienen diversos inconvenientes. Si se usan diariamente durante mucho tiempo su efecto tiende a disminuir y en algunas ocasiones pueden causar dependencia.

Estos medicamentos sólo deben utilizarse cuando su médico se lo recomiende y durante el menor tiempo posible. Cuando se quiera dejar la medicación, deberá hacerse de forma gradual, disminuyendo la dosis durante varias semanas hasta dejar de tomarla.

CatSalut
Servei Català de la Salut
Regió Sanitària Barcelona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

FIGURA 7

Hoja informativa sobre el uso de los tranquilizantes (benzodiacepinas)

Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra

CSB Consorci Sanitari de Barcelona
Ens públic de la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona adscrit al Servei Català de la Salut
Corporació Sanitària de Barcelona

HOJA INFORMATIVA SOBRE EL USO DE LOS TRANQUILIZANTES (benzodiacepinas)

¿Qué son? ¿Para qué sirven?

Las benzodiacepinas (BZD) son unos medicamentos que sirven para:
- Calmar la ansiedad
- Mejorar el insomnio
- Relajar la musculatura (en caso de contracturas)

Son medicamentos muy útiles y actúan rápidamente, pero no es recomendable tomarlos durante un tiempo indefinido porque pueden aparecer las siguientes alteraciones:
- Tolerancia, es decir, necesidad de aumentar la dosis para conseguir el mismo efecto.
- Dependencia, es decir, necesidad de tomar siempre el medicamento para evitar síntomas de abstinencia como irritabilidad, insomnio o contracturas. La dependencia es más probable:
  - Si se utilizan dosis altas
  - Si el tratamiento es largo

Los síntomas de abstinencia son más probables si se deja de tomar el medicamento de golpe.

- Estos medicamentos pueden producir, dificultad de: concentración, de agilidad mental, de aprendizaje y pérdida de memoria (especialmente en la gente mayor).

¿Cómo deben utilizarse?

Es importante seguir la pauta prescrita por el médico, tanto para empezar el tratamiento como para irlo reduciendo. Es importante que esta reducción sea siempre progresiva. Si no mejoran los síntomas debe consultarse al médico antes de tomar más comprimidos por propia iniciativa.

Precauciones

- Se recomienda no conducir ni trabajar con máquinas peligrosas mientras dure el tratamiento debido a la somnolencia y disminución de los reflejos que producen.
- Es recomendable no tomar alcohol ni otras drogas.
- En caso de embarazo y / o lactancia durante el tratamiento, debe consultar con el médico

En caso de cualquier duda durante el tratamiento es necesario consultar al médico

CatSalut
Servei Català de la Salut
Regió Sanitària Barcelona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

FIGURA 8

Guía de uso de benzodiacepinas en el tratamiento de la ansiedad

Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra

CSB Consorci Sanitari de Barcelona
Ens públic de la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona adscrit al Servei Català de la Salut
Corporació Sanitària de Barcelona

GUIA D'ÚS DE BENZODIAZEPINES EN EL TRACTAMENT DE L'ANSIETAT

Pautes bàsiques de prescripció de benzodiazepines (BZD)

1. Proporcionar informació educativa sobre el trastorn i, si és possible, no administrar fàrmacs (considerar intervencions psicològiques / psicoeducatives)

2. Tractament farmacològic:
- Si l'ansietat és lleu / moderada i persistent: considerar ISRS (sense BZD)
- Si l'ansietat és important, valorar l'ús concomitant de BZD durant **màxim 12 setmanes**, incloent període de retirada:
  1ª elecció: **DIAZEPAM**
  2ª elecció **CLONAZEPAM**

3. Retirada del tractament BZD: pauta decreixent. S'aconsella una disminució setmanal entre 10–25% de la dosi inicial

Consideracions especials

1. **Gent gran/nens**: s'aconsella **LORAZEPAM** utilitzar dosis apropiades a l'edat i paràmetres de salut física.
2. **Hepatopatia**: s'aconsella **LORAZEPAM.**
3. **Polimedicació**: s'aconsella **LORAZEPAM.**
4. **Gestació**: **LORAZEPAM**, atenció a la abstinència al nounat.
5. **Addiccions**: s'aconsella evitar les BZD en els pacients amb antecedents de qualsevol addicció. En cas de considerar-se imprescindible, s'aconsella utilitzar **CLONAZEPAM**.
6. **Associacions de BZD**: S'aconsella evitar-les. Per a l'insomni associat a ansietat ja tractada amb BZD, s'aconsella prescriure una dosi més alta de la mateixa BZD per la nit.

Utilització de benzodiazepines a Urgències

1. **Proporcionar informació** educativa sobre el trastorn i, si és possible, no administrar fàrmacs.

2. **Tractament farmacològic**: Si és necessari, administrar DIAZEPAM 5mg sublingual i repetir als 30 minuts si els símptomes d'ansietat no han cedit.

3. **En cas d'atenció a urgències hospitalàries**, es proporcionarà al pacient el nombre de comprimits de **DIAZEPAM** necessaris fins visita a ABS (24-48h). No es lliurarà recepta.

Bibliografia

1. Guia de pràctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primária.en el marco del Plan de calidad para el SNS del MSC. 2008. Guía de práctica clínica Nº 2006/10.
2. Clinical Guideline 22 (amended). Axiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institut for health and Clinical Excellence (NICE) 2007.

CatSalut
Servei Català de la Salut
Regió Sanitària Barcelona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

FIGURA 9

Guía del tratamiento del insomnio

Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra

CSB Consorci Sanitari de Barcelona
Ens públic de la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona adscrit al Servei Català de la Salut
Corporació Sanitària de Barcelona

GUIA DEL TRACTAMENT DE L'INSOMNI

Tractament de l'insomni agut (duració > 1 mes)

Avaluar procés desencadenant

Ansietat per Estrès agut

Horaris /torns /*Jet-lag*

INDICAR PAUTES EDUCATIVES

- Avaluar i corregir la causa
- Pautes higiene del son
- Tècniques de maneig de l'estrès
- Tècniques de relaxació
- Hàbits per evitar cronificació

Trastorn psiquiàtric: ansietat / depressió

Fàrmacs/ alcohol /tòxics

Malaltia mèdica

Avaluació i tractament específic

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC

Tant com sigui possible pautes educatives i evitar fàrmacs.

- Si ansietat important prescriure pauta decreixent de **diazepam 5 mg durant 2-4 setmanes**.
- Si tractament previ amb benzodiazepines, indicar dosis més alta per la nit i no associar-ne una altra.
- En població geriàtrica, polimedicada, gestant o amb hepatopatia utilitzar **lorazepam**.

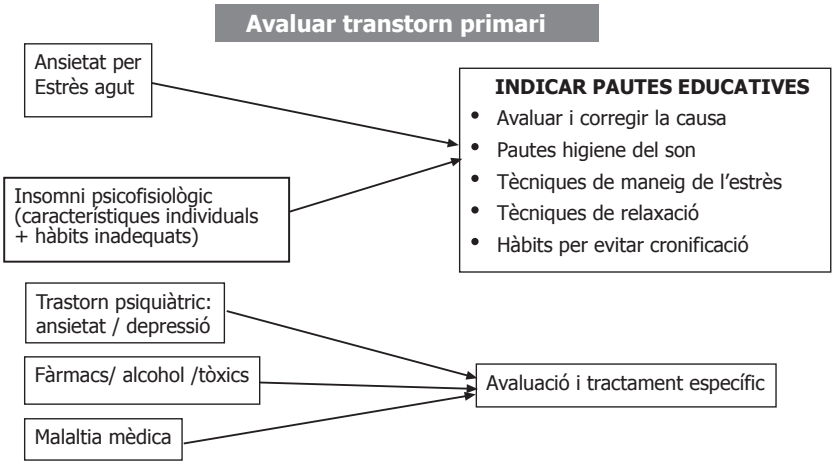
CatSalut Servei Català de la Salut Regió Sanitària Barcelona

Generalitat de Catalunya Departament de Salut

FIGURA 10

Tratamiento del insomnio crónico

Tractament de l'insomni crònic (duració > 1 mes)



Fàrmacs pel tractament simptomàtic de l'insomni crònic

Insomni per estrès crònic:
TRAZODONA 50 - 100 mg:, 3-6 mesos i retirar

Si insomni associat a trastorn de l'ansietat o depressió:
MIANSERINA 10 mg o MIRTAZAPINA 15 mg, 3-6 mesos i retirar

Benzodiazepines a considerar:
- DIAZEPAM 5 mg, LORAZEPAM 1 mg, 4-6 setmanes i retirada progressiva.
- Si tractament general amb BZD indicar dosis més alta per la nit i evitar associacions de BZD

Tractament simptomàtic de l'insomni: situacions especials
Gent gran/nens: s'aconsella LORAZEPAM utilitzar dosis apropiades a l'edat i paràmetres de salut física.
Hepatopatia: s'aconsella LORAZEPAM.
Polimedicació: s'aconsella LORAZEPAM.
Gestació: LORAZEPAM, atenció a la abstinència al nounat.
Addiccions: s'aconsella evitar les BZD en els pacients amb antecedents de qualsevol addicció. En cas de considerar-se imprescindible, s'aconsella utilitzar CLONAZEPAM.

Insomni en gent gran amb trastorns de conducta relacionats amb el deteriorament cognitiu:

LORAZEPAM 1-2 mg i considerar com a segona opció RISPERIDONA ½ - 1 mg durant 1-3 setmanes i retirada progressiva

– *Protocolos en revisión:*

1. Protocolo de coordinación CSMA/CAS/unidad de psiquiatría, enlace y psicosomática.
2. Protocolo de ansiedad (técnico).
3. Protocolo de depresión (técnico).

– *Protocolos en uso:*

1. Tríptico de dispositivos asistenciales Barcelona Izquierda.
2. Hoja informativa sobre el uso de tranquilizantes (BZD).
3. Guía de uso de BZD en tratamiento de la ansiedad.
4. Guía de insomnio.
5. Folleto de insomnio.

– *Protocolos de futura elaboración:*

1. Protocolos de coordinación CAS/Hospitalización.
2. Protocolos de coordinación CAS/Centro Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ).

Las figuras 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 pretenden ilustrar acerca de los documentos funcionales utilizados en el territorio.

Desde nuestra perspectiva, pues, la estructura organizacional y funcional que aquí se ha intentado plasmar consistiría en una atención y seguimiento integrado de las adicciones y la patología dual, conservando la idiosincrasia propia de la red de atención a las drogodependencias. Dicha idiosincrasia se basaría no solo en la atención a las adicciones y a la patología dual, sino en la atención a la patología orgánica y la patología psicosocial de estos pacientes tan complejos, sin olvidar la investigación y el desarrollo de nuevos protocolos de tratamiento.

En suma, trabajar desde un dispositivo asistencial de adicciones nos hace sensibles, específicos y únicos. Como decía Oscar Wilde (1854-1900): «En asuntos de vital importancia, el estilo es lo verdaderamente vital», y quiero terminar diciendo que la red de atención a las drogodependencias tiene un excelente estilo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega y Gasset J. Obras Completas. Madrid, Fundación José Ortega y Gasset-Gregorio Marañón; 2005.
2. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications. Nueva York, Cambridge University Press; 2008.
3. Vázquez Vázquez JM, Fos Martínez C, López García FJ, Pérez Antón F. Prevalencia de patología dual en nuevos pacientes admitidos a tratamiento en un centro ambulatorio de asistencia a las drogodependencias. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2010;3:161.
4. Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA. 2011 in Review. Editorial. American Journal of Psychiatry 2011:168(12).
5. Opsal A, Clausen T, Kristensen O, Elvik I, Joa I, Larsen TK. Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse. Acta Psychiatrica Scandinavica 2011;124:198-204.

IV

PATOLOGÍA DUAL EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS Y PISOS DE REINSERCIÓN: RECURSOS Y RETOS

EVOLUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

LLUÍS MAESTRE I FUNTANÉ
Psicólogo clínico. Director de la CT Can Serra (ATART - Grup ATRA).

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

INTRODUCCIÓN. ORÍGENES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

El concepto moderno de Comunidad Terapéutica (CT), es decir, entendido como método residencial de tratamiento, se remonta a los años 50, después de la segunda guerra mundial[1], en centros dirigidos a tratar a excombatientes que habían vivido situaciones extremas y que presentaban lo que hoy llamaríamos un trastorno por estrés postraumático.

Lo que empezó como una nueva metodología para tratar algunos trastornos mentales, se fue extendiendo a lo largo de la década a diversos hospitales psiquiátricos de Inglaterra, Estados Unidos y otros países del norte de Europa, como una alternativa prometedora para la salud mental en general. Cabe destacar que, durante esta década, la OMS recomendó el método CT como mejor opción para avanzar en la reforma psiquiátrica y como alternativa a la metodología de los hospitales psiquiátricos tradicionales, y lo hizo en tres ocasiones, en 1953, 1957 y 1959.

Maxwell Jones tuvo un papel fundamental en este proceso[2] y para la mayoría es considerado el creador de las primeras CT modernas, a principios de los años 50, aunque hay quien sitúa su origen en los años 20 en Alemania, de la mano del neurólogo y psicoanalista Ernst Simmel[3]. Volviendo a Maxwell Jones, psiquiatra inglés y director de un hospital psiquiátrico escocés, su preocupación por la eficacia insuficiente de la psiquiatría tradicional le llevó a poner en marcha un sistema nuevo de tratamiento y de relación con los pacientes. Para ello, reunió a todas las enfermeras, ordenanzas y psiquiatras, y les propuso empezar a hablar con los pacientes en su propio nivel. De esta forma se proponía mejorar la eficacia terapéutica a la vez que desmitificar la imagen autoritaria del hospital, que había generado un rechazo social importante por aquella época.

Este modelo, que ya denominó Comunidad Terapéutica, fomentaba la ayuda mutua entre los pacientes y un papel proactivo en cada uno de ellos, de forma que fueran asumiendo responsabilidad en su propio proceso de curación. Propone prin-

cipios como la comunicación en doble sentido a todos los niveles, la toma de decisiones y el liderazgo compartidos, y el aprendizaje social mediante la interacción aquí y ahora. Se pretende que todo lo que sucede en la cotidianidad de la CT sea, de alguna forma, terapéutico.

No obstante, los procesos de desinstitucionalización masiva de finales de los años 60 (según los describe Domingo Comas[4]) y el desarrollo de fármacos más eficientes truncaron el proceso de expansión de la CT como modalidad de tratamiento, que bien podía haber resurgido cuando se comprobó que muchos de los pacientes desinstitucionalizados requerían un reinternamiento.

Dentro de este desconcierto, el modelo comunitario fue adoptado por entidades religiosas y grupos de adictos con el fin de atender unas necesidades sociosanitarias que no tenían una respuesta clara por parte de la administración ni de los profesionales de la salud. Esta atención a personas adictas con problemas sociales, principalmente heroinómanos, se realizaba en centros liderados y gestionados por exadictos o religiosos, con una estructura jerárquica muy marcada y poco comparables con el modelo democrático descrito por Maxwell Jones.

La mayoría de estos dispositivos se basaban en la autoayuda, en la línea de Alcohólicos Anónimos. Son ejemplos Synanon, creado a finales de los 50 por Charles Dederich, exalcohólico estadounidense, y en Europa, Le Patriarche, creada en 1974 en Francia por Lucien Engelmajer. Este último, en 1998, cambió de enfoque y de nombre —se denomina Dianova— e incorporó equipos profesionales desde el primer momento de esta nueva etapa.

En 1963, el psiquiatra Daniel Casriel y Monseñor William O'Brien fundaron Daytop, en Nueva York, que fue incorporando algunos profesionales, y en 1969 el padre Mario Picchi crea Progetto Uomo, en Roma, que recupera las experiencias de Maxwell Jones y de Daytop, otra CT histórica de Estados Unidos.

Como es sabido, los fundamentos filosóficos y metodológicos de Alcohólicos Anónimos se expresan en los doce pasos de recuperación que el enfermo debe seguir para ser capaz de superar la adicción o la enfermedad, a través principalmente de «terapias de grupo» y actividades ocupacionales. Con un marcado perfil religioso, basan su recuperación en la ayuda de una fuerza superior que les devolverá el sano juicio. Dios los liberará de los defectos inducidos por la adicción, mediante meditación y oración en grupo, y buscando ser ayudados por compañeros exadictos.

Synanon se basa en extoxicómanos no profesionales, en un contexto marcadamente jerárquico. No contempla la reinserción como un objetivo sino, más bien, como un peligro a evitar. Era común en Synanon y en El Patriarca («Le Patriarche») la utilización de la coacción y la violencia física contra las personas que intentaban abandonar el centro; también enviarle a centros de otros países, para mantenerlo dentro de la organización.

Daytop considera que las personas que viven o han vivido la misma experiencia son capaces de ayudarse en la solución del problema. La mayoría de operadores son exadictos, que van subiendo en la jerarquía del centro, en la medida que van superando su propia adicción, si bien, pronto fue incorporando algunos profesionales en los equipos.

El Progetto Uomo se basa en la colaboración de voluntarios y en la formación interna de adictos, que llevan algunos años de abstinencia, como terapeutas especialistas que ofrecen su experiencia a los que están iniciando su proceso de abstinencia y de recuperación. Cabe destacar la intensa actividad social y política de esta entidad, que ha logrado el apoyo

y la colaboración económica de personalidades y empresas muy importantes, lo cual les ha permitido una gran expansión tanto en este como en otros países.

A finales de los años 70 y sobre todo en los 80, resurge el modelo CT de Maxwell Jones, creándose numerosos centros profesionales liderados por médicos y psicólogos, a través de administraciones públicas o asociaciones sin afán de lucro. Estas CT contaron, desde su inicio, con equipos multidisciplinares formados por psicólogos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales y educadores.

En 1986, los profesionales de las CT crearon la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos (APCTT), a la que también se asociaron sus respectivas CT. Las intensas jornadas anuales, de tres o cuatro días, y los numerosos estudios multicéntricos permitieron a los profesionales de estos centros un intercambio de conocimientos y experiencias extraordinariamente fructífero y un notable crecimiento científico-técnico. Se pusieron en común los perfiles profesionales necesarios en los equipos y las ratios óptimas residentes/profesionales, se consensuaron estrategias de intervención y se homologaron criterios de calidad que todavía hoy son una referencia obligada para los profesionales de CT.

A partir de los años 90 tiene lugar una progresiva profesionalización de algunas Comunidades Terapéuticas que habían iniciado su camino como semiprofesionales o no profesionales, bien sea por convicción o para gozar de subvenciones públicas; en cualquier caso, la mayoría siguen contaminadas por los principios ideológicos o religiosos iniciales. Esa década también vivió cambios metodológicos importantes en el ámbito de la salud mental.

Actualmente podemos afirmar que la eficiencia de la metodología CT profesional está suficientemente demostrada en numerosos trastornos y que se abre ante ella una nueva oportunidad de culminar su consolidación en el tratamiento de las adicciones y de los problemas de salud mental en general.

CARACTERÍSTICAS DE LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PROFESIONAL

Siguiendo con el esquema de Maxwell Jones, Comas[5] nos propone las principales características y componentes de la CT actual, que resumimos a continuación.

La CT es un centro residencial, aconfesional, que requiere la presencia y participación de profesionales las veinticuatro horas del día. El tratamiento tiene una duración determinada, establecida de antemano y como objetivos fundamentales tiene la reinserción social (para ello, el residente va asumiendo responsabilidades individuales y grupales y va aplicando sus avances en las salidas periódicas del centro) y el seguimiento de tratamiento ambulatorio en la red de tratamiento de adicciones.

La CT tiene definidos los criterios de inclusión y exclusión a partir del perfil y características de la población a la que ofrece su servicio. El número de personas atendidas se mueve entre 20 y 40, para asegurar que existe el necesario conocimiento mutuo entre todas las personas que participan, como usuarias o como profesionales, en el tratamiento. El ingreso es voluntario y, evidentemente, en ningún caso se contemplan acciones dirigidas a la retención que atenten contra los derechos individuales del usuario.

El equipo es multidisciplinar y cubre las necesidades sanitarias, psicosociales y educativas de todas las personas atendidas. El programa de tratamiento incluye

objetivos y estrategias tanto individuales (programa de tratamiento individual o PTI) como grupales y aprovecha la situación de convivencia para promover un aprendizaje psicosocial continuo. Y dada la complejidad de estas interacciones formales e informales, dispone de sistemas de comunicación que permiten un trabajo técnico multidisciplinar coherente, básicamente, la historia y el curso clínicos, el diario de equipo, la reunión semanal de equipo y otros espacios de coordinación interdisciplinares.

Y para acabar esta descripción, señalar una característica fundamental, que refleja la esencia del método CT: los usuarios no son sujetos pasivos, sino que participan activamente, con los educadores, psicoterapeutas y resto de personal sanitario, en la confección y evaluación de su propio proceso de tratamiento, a la vez que refuerza el de sus compañeros de tratamiento.

Como anécdota y para entender mejor la relación que se da en la CT entre profesionales y residentes, vemos que es común que los profesionales compartan mesa con los usuarios en las comidas o que les acompañen en las excursiones que se programan; y no nos referimos solo a los educadores, sino a los psicólogos, al médico y al director del centro. Aparte del término mismo de «residente» que, desde la neutralidad, intenta minimizar ciertas connotaciones jerárquicas o de pasividad del término «paciente».

LAS PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Las dificultades de tratamiento de las personas con patología dual han sido destacadas por numerosos clínicos e investigadores. Entre las características más comúnmente citadas[6] está el menor cumplimiento terapéutico, una mayor tasa de recaídas y hospitalizaciones, complicaciones debidas al consumo de alcohol y otras drogas en el curso del otro trastorno psiquiátrico, las interacciones y efectos sinérgicos entre psicofármacos y sustancias adictivas, la frecuencia de conductas agresivas, y la mayor incidencia de problemas legales, vagabundeo y marginación social.

Según Leandro Palacios[7] y refrendado por la experiencia clínica de los que trabajamos en CT, los residentes con patología dual muestran una serie de características diferenciales a tener en cuenta en el tratamiento en CT. Por una parte, una menor adherencia al tratamiento durante los primeros meses de tratamiento y también una mayor resistencia a finalizarlo y a dejar el centro, debido a la dificultad para adaptarse a los cambios, para establecer nuevos vínculos y por su tendencia a crear, con el tiempo, relaciones de mayor dependencia con el profesional. Esto suele ir acompañado de una mayor necesidad de atención terapéutica frecuente y prolongada, que el profesional deberá manejar adecuadamente para no incurrir en sobreprotección o incluso en codependencia.

Los residentes con patología dual suelen presentar una sintomatología menos difusa y más intensa —angustia, ideas delirantes o agresividad— que los adictos sin patología asociada, los cuales refieren sobre todo sensación de ansiedad, tristeza o vacío. La mujeres con patología dual se muestran en general más resistentes a los tratamientos farmacológicos y presentan más síntomas positivos (crisis de ansiedad, de llanto, etc.) que las mujeres sin patología dual, entre las que predominan los síntomas negativos (apatía, falta de motivación, anhedonia). La evolución terapéutica de los residentes con patología dual es más lenta y requieren estancias más prolongadas, lo que no significa que

su estancia sea más fácil para los profesionales; muy al contrario, la recuperación de estos residentes implica mucha más complejidad e intensidad por lo que respecta a la actuación de los profesionales. Estas personas requieren mayor flexibilidad y pautas más sencillas y concretas.

En general, los residentes con patología dual se muestran menos resolutivos ante las dificultades cotidianas, incluso las más básicas como el autocuidado personal. Ello puede ser debido a un efecto colateral del consumo prolongado, que ha dirigido toda la energía del individuo a conseguir la sustancia y que ha disminuido la cantidad de tiempo y esfuerzo dedicados a estos hábitos. Además hay que tener en cuenta que el entorno de estas personas tiende a sobreprotegerlas y que, por otra parte, ciertos tratamientos farmacológicos pueden mantenerlos excesivamente sedados.

Las distorsiones de la realidad deben tratarse con especial habilidad y paciencia y teniendo muy en cuenta el grado de ansiedad que el residente es capaz de tolerar en cada momento. Esto puede ser especialmente complicado e incluso inviable en CT, si la persona falta al respeto o agrede a los demás.

Otra característica a tener en cuenta es la tendencia de muchos residentes con patología dual a sentirse atraídos por los trastornos ajenos, hecho que puede llevar a descompensaciones múltiples si no se cuidan mucho las relaciones interpersonales intensas entre residentes. En cuanto a la integración en el grupo de adictos, debe ser progresiva, para evitar reacciones negativas de la persona con patología dual, pero también del resto de residentes.

Debido a que se desestabilizan fácilmente y a que tienden a sobrevalorar los pequeños cambios que observan en ellos mismos, las salidas del centro deben planificarse cuidadosamente para evitar una recaída o el abandono del tratamiento. Por tanto, deberá evitarse el exceso de estímulos y las situaciones potencialmente estresantes.

Ya hemos comentado la tendencia de muchas familias de residentes con patología dual a sobreprotegerlos y que, a menudo, pueden requerir una orientación adecuada por parte de los profesionales del centro. Es común que la familia sea, de alguna forma, causa y consecuencia de muchas de las alteraciones del miembro con patología dual. Por ejemplo, cuando se produce una anulación progresiva del afectado porque la pareja o los padres han ido asumiendo responsabilidades del compañero o del hijo enfermo, o cuando el estrés que comprensiblemente aqueja la familia influye de forma negativa en la persona con patología dual.

A menudo, los educadores de CT destacan las dificultades que se encuentran en el trato con los residentes con patología dual. Así, Bias y cols.[8] remarcan el acercamiento «ansioso» a los miembros del equipo y a los compañeros, el cual puede generar desde una actitud paternalista hasta un rechazo franco, sobre todo cuando, desde el inicio, el contacto con los demás no es adecuado. En este último caso, la persona acaba abandonando el centro durante las primeras semanas. Y en cualquier caso, estos usuarios necesitan un entrenamiento intensivo en habilidades sociales, que requiere de numerosas intervenciones individuales y grupos específicos.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS MODIFICADAS PARA PATOLOGÍA DUAL. ORIGEN Y CARACTERÍSTICAS

A finales de la década de los 80, principios de los 90, diversas CCTT intentan adaptarse al aumento de la PD a través de modificaciones en su programa y fun-

cionamiento, dando lugar a las llamadas comunidades terapéuticas modificadas (CTM).

Entre las modificaciones específicas que se recomiendan a las CT tradicionales para acomodarse a los diferentes síntomas y niveles de funcionamiento de las personas con patología dual, estarían las siguientes[9]:

- Estancias más prolongadas, de unos doce meses.
- Reuniones y actividades más suaves y de menor duración, para adaptarse a la menor capacidad de atención de estos residentes.
- Mayor presencia del equipo a la hora de organizar y dinamizar las actividades.
- Instrucciones simples y a menudo repitiéndolas para que sean comprendidas.
- Más tiempo de atención individual, tanto educativa como psicoterapéutica.
- El avance a lo largo del programa, así como las tareas a realizar, deben ser más específicos e individualizados.
- El personal debe prepararse para proporcionar asistencia en situaciones de crisis.
- Las actividades se solapan más y el ritmo es más lento.
- Las funciones de los residentes se organizan de forma más horizontal.
- Los grupos de confrontación son sustituidos por reuniones de resolución de conflictos o grupos comunitarios, donde se refuerzan sobre todo los avances y los esfuerzos de mejora de estos residentes.
- Mayor énfasis en enseñar, entrenar y dar instrucciones y menor exigencia.
- Las recompensas, tanto verbales como en forma de privilegios, se dan más a menudo.

Este tipo de intervención lleva a poner la máxima atención en los llamados «avances significativos»[10], que permiten al residente con patología dual ir comprendiendo qué le pasa y construir así una realidad que se ajuste mejor a su experiencia, limitaciones y capacidades. La autonomía y autosuficiencia progresivas del residente son elementos clave para su recuperación[11]. Más flexibilidad, menos intensidad y más individualización son aspectos fundamentales para que una CT se adapte a las personas con patología dual y se convierta en un verdadero agente curativo[12].

Por otra parte, también se ha constatado[13] la capacidad de la mayoría de centros residenciales para adaptarse a estos cambios y avanzar en la línea de la CT modificada para patología dual.

ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LA CT MODIFICADA PARA PATOLOGÍA DUAL

Se ha observado que las personas con patología dual que siguen, durante un período suficientemente largo de tiempo, con psicoterapia, atención médica y apoyo social[14] reducen significativamente los síntomas depresivos, agresivos, ansiosos y de consumo de drogas.

La duración del tratamiento parece ser un factor necesario para conseguir buenos resultados con residentes duales, hasta el punto que en EEUU se han llegado a retirar programas de corta estancia (tres a seis meses) por sus pobres resultados y se han potenciado los que permiten ampliar la estancia hasta los dos años[15] (Morena MF et al, 2001). Estos centros también ponen el acento en la flexibilidad en todos los aspectos de la aplicación del programa con residentes duales; por ejemplo, asumiendo las recaídas como parte del tratamiento y desvinculándolas de los motivos de cese.

Parece claro que los principios de la CT se ajustan adecuadamente a las necesidades de las personas con PD una vez estos centros realizan las modificaciones necesarias, dado que la CTM permite el necesario tratamiento individualizado y adaptado. Esto se confirma en los estudios que demuestran su efectividad, tanto en hombres como en mujeres con patología dual[16]. En cuanto a las claves para una buena praxis clínica, se recomienda entender la comorbilidad como algo previsible y no excepcional; también, que la recuperación es un proceso largo donde el progreso se produce por etapas o estadios; que el éxito de tratamiento depende enormemente de la creación de una relación terapéutica empática, continua y esperanzadora; que no existe ningún protocolo de intervención en patología dual; que es necesario aplicar un tratamiento integrado que atienda simultáneamente a ambos trastornos y que se adapte, en cada momento, al diagnóstico, fase y nivel de recuperación de cada individuo.

En otro orden de cosas, se ha desarrollado una variante de terapia cognitiva y conductual[17] que aborda los trastornos del Eje I y del II, combinando el entrenamiento cognitivo ante la adicción con la modificación de los estilo de afrontamiento desadaptativo. Cito el tema porque el primer estudio publicado sobre su eficacia está basado en una aplicación con personas que estaban realizando tratamiento en CT, lo cual sitúa, en este caso, a las CT en buena posición en la investigación de nuevas técnicas terapéuticas en salud mental.

ALGUNAS EXPERIENCIAS EN CATALUÑA Y EUSKADI

A medida que los usuarios heroinómanos van dejando paso a consumidores de alcohol, cocaína y drogas de diseño[18], aumentan los residentes con patología mental severa (principalmente, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos y trastornos afectivos). A menudo, entre los antecedentes personales psicopatológicos aparecen problemas de hiperactividad en la infancia-adolescencia, retraimiento social, trastornos de la conducta alimentaria, conflictos con la autoridad, etc.

Desde la CT Haize-Gain[18], en Donostia, se aplica el modelo integral de tratamiento de la patología dual, lo cual implica desintoxicación, control farmacológico y seguimiento psiquiátrico, psicoterapia de larga duración, terapia familiar y entender la CT como un recurso más de rehabilitación dentro de este proceso. Este planteamiento y la complejidad de los problemas que presentan los usuarios con patología dual (problemas legales, laborales, familiares), ha llevado al equipo profesional de este centro a asumir que es más realista atribuir a la CT la consecución de objetivos intermedios alcanzables y en un contexto de mayor flexibilidad, siempre en función de las posibilidades de cada persona. Asimismo, se reclama la necesidad de una buena preparación de los profesionales de la psicología y la educación para manejar los trastornos psiquiátricos de los usuarios y trabajar con más estrés, intensidad emocional y trabajo. Esto implica reforzar el equipo con más profesionales, a ser posible, con una buena formación en psicopatología, con el fin de poder atender tantas y tan diferenciadas demandas. Finalmente, han dedicado especial atención a mejorar la coordinación entre los profesionales de las distintas áreas, a la supervisión y a la coordinación con los servicios de salud mental.

Desde CITA[19] nos exponen su experiencia de dos años en la unidad específica para el tratamiento de pacientes con patología dual. Justifican su creación por el creciente número de residentes que te-

nían especiales dificultades para seguir el tratamiento y que solían abandonarlo bastante antes que la media. Entre los trastornos mentales más habituales, señalan la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos de la personalidad y las psicosis no especificadas. Tras la experiencia de estos dos años han comprobado que una atención más individualizada, la participación en grupos más pequeños (máximo ocho usuarios), tener al mismo profesional como referente durante todo el tratamiento, así como un programa específico en patología dual incrementan notablemente la adherencia y participación en el tratamiento de las personas con patología dual y el tiempo medio de estancia en la CT.

Otra experiencia publicada, en este caso procedente de Tarragona[20], informa sobre el papel de la Unidad de Patología Dual de Egueiro, dentro del conjunto de servicios residenciales. A partir de un ingreso inicial en esta Unidad, se observa la capacidad de actividad y de relacionarse de la persona y se decide su posible incorporación progresiva a la CT, y esto a menudo no se correlaciona con el diagnóstico psiquiátrico preingreso, debido tanto a la dificultad de diagnosticar a este tipo de usuarios como a las peculiaridades de cada persona que, con frecuencia, llegan a contradecir el diagnóstico más severo. No obstante, también se da la situación inversa, esto es, de personas sin más diagnóstico que su adicción y que requieren un internamiento en esta Unidad especializada. En cuanto al tipo de intervención socioeducativa con residentes con patología dual, se basa en una adaptación de las actividades y talleres a las posibilidades de la persona, si bien en general se opta por actividades más variadas, de menor duración y que no exijan mucho esfuerzo físico. No es nada fácil identificar los límites de la persona con patología dual en cuanto a su capacidad de participar en las actividades o de asumir responsabilidades, pues no es infrecuente que el residente se ampare detrás de su diagnóstico —«no puedo porque soy bipolar...», «no puedo porque tengo un trastorno límite», etc.— para eludir responsabilidades o tareas que sí podría realizar.

PATOLOGÍA DUAL Y CT: RETOS ACTUALES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO. NECESIDAD DE ADAPTACIÓN DE CENTROS Y PROGRAMAS

Es evidente que el concepto de *programa válido para todos los toxicómanos* está totalmente obsoleto[21], siendo necesarios programas que ofrezcan respuestas a cada una de las personas con problemas de adicción y que permitan, a partir de un programa general, la incorporación individualizada de los diversos perfiles. Siguiendo con esta autora, si antes se derivaba a los adictos a CT para que siguieran un programa de seis meses basándose en sus fracasos en el tratamiento ambulatorio por falta de apoyo familiar y sin una evaluación psicopatológica completa, con el fin de que completaran el programa y tomando como principal indicador el tiempo en CT, actualmente la derivación a CT se debe acompañar de objetivos individuales concretos, basados en la capacidad de la persona para el cambio, con una buena evaluación psicopatológica completa y revisable, y tomando como principal indicador el nivel de logro de los objetivos individuales.

FIABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO

Otro reto es la dificultad a la hora de realizar un buen diagnóstico de los trastornos mentales de los adictos y de los

problemas adictivos de los enfermos mentales.

Sin duda, este es uno de los obstáculos que habrá que salvar si se pretende dar una buena atención a las personas con patología dual. De entrada, pensar en la patología dual[22] es el primer paso para su abordaje y no está claro que sea suficiente ser capaz de tratar a adictos y a paciente psiquiátricos por separado, sino que probablemente sea necesario aprender a trabajar con las características y dificultades específicas de los pacientes con patología dual.

El efecto de las drogas en las manifestaciones clínicas y evolución de un enfermo mental, tanto en estados de intoxicación como de abstinencia, pueden exagerar o enmascarar el trastorno mental. Además, los efectos del estrés en el afán por conseguir la sustancia y el estilo de vida del adicto también pueden influir en la impresión diagnóstica. Por otra parte, el hecho de estar siguiendo un tratamiento psicofarmacológico puede también esconder el efecto de ciertas sustancias, sobre todo si sus efectos son análogos o pueden ser usadas en forma de abuso.

Para poder diagnosticar adecuadamente a una persona con patología dual, es necesario que mantenga un período suficiente de abstinencia que permita acceder a su psicopatología. No debe sorprender que el diagnóstico final varíe significativamente de los diagnósticos realizados en épocas de consumo activo.

Por otra parte, se constata[22] que las características de los pacientes con patología dual cambian con el entorno clínico, produciéndose más diagnósticos de comorbilidad que en la de salud mental, bien sea por una mayor prevalencia, porque destacan más los síntomas psiquiátricos o por la predisposición de los diagnosticadores. De todas formas, son comunes los diagnósticos duales, habiéndose observado una proporción mayor en la población de alcohólicos y cocainómanos que en la de heroinómanos, siendo el trastorno de la personalidad el diagnóstico más frecuente entre cocainodependientes.

En cualquier caso parece evidente la necesidad, como mínimo, de una mayor formación en psicopatología para los profesionales de la red de atención a drogodependencias, y en adicciones para los de la red de salud mental. Y en el tratamiento de personas con patología dual, de psicopatología y adicciones en ambas redes.

INTEGRACIÓN DE ADICCIONES EN SALUD MENTAL

Los profesionales de adicciones y los de salud mental partimos de diferentes concepciones o «culturas» respecto del significado de las drogodependencias y en relación a cuales son las estrategias de intervención más eficaces[23]. La integración de las dos redes parece el reto más difícil de lograr y, por cierto, pone título a las presentes Jornadas.

El miedo al cambio puede afectar tanto a los profesionales que trabajan en adicciones como a los de salud mental, si bien parece más evidente el rechazo entre profesionales de salud mental que entre los de la red de adicciones el cometido de trabajar con patología dual e implicarse de forma activa en la atención a personas drogodependientes. Probablemente, y a pesar de la indudable evolución del tratamiento psiquiátrico hospitalario, el reto de atender a una población adicta con tanta problemática conductual —comportamiento antinormativo, trastornos de la personalidad y el propio trastorno por dependencia, cuyo síntoma patognomónico es también conductual— desborda el manejo farmacológico que tan eficaz

se ha mostrado con otros trastornos mentales severos.

Desde la experiencia de 25 años como psicólogo clínico de quien escribe, trabajando tanto en adicciones como en salud mental, parece bastante absurdo intentar abordar la patología dual sin aprovechar la cultura clínica de los profesionales que provienen del campo de las adicciones.

Probablemente es mucho más fácil que estos puedan absorber pacientes con patología dual que intentar que los equipos de salud mental hagan lo propio con la población adicta. No fuera que repitiésemos los errores que, durante gran parte del siglo pasado, llevaron a la psiquiatría a considerar a los adictos pacientes «intratables»[24].

Por otro lado, también se entiende el interés de la salud mental por las adicciones a partir del momento en que una proporción alta de personas adictas van siendo diagnosticadas de patología dual, es decir, a partir de que se abre un campo de aplicación de psicofármacos en una población tan numerosa. Pero la complejidad de factores psicosociales que lleva al inicio y mantenimiento de la conducta adictiva parece imponerse a otras consideraciones e invita a un abordaje basado en relaciones terapéuticas menos jerarquizadas y una potente intervención psicosocial muy bien coordinada, tal como se viene haciendo desde hace décadas en la CT.

También es necesario contar con un psiquiatra dentro del equipo, que sea capaz de adaptarse a esta «otra» manera de trabajar y que contribuya a formar a los miembros del equipo para que adquieran unos conocimientos adecuados en psicopatología y en el manejo de enfermos mentales. Y también parece deseable ir incorporando en los equipos de CT a enfermeros, educadores y monitores con experiencia en salud mental.

EL MODELO COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN SALUD MENTAL

En este último punto se pretende argumentar por qué la CT actual para adictos es un método de tratamiento idóneo para atender no solo a personas adictas con diagnóstico dual, sino también a enfermos mentales no adictos. Cuando hemos hecho el repaso histórico, ya se han mencionado las repetidas recomendaciones de la OMS durante la década de los 50, sobre la utilización del modelo CT en la reforma de la salud mental. También desde la psiquiatría se apunta en esta dirección cuando se proponen sistemas diagnósticos que tienen muy en cuenta los aspectos psicosociales de los distintos trastornos mentales. Nos referimos al diagnóstico multiaxial propuesto en el DSM[25]. Recordemos que:

- El Eje I identifica los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- El Eje II hace referencia a los trastornos de la personalidad y al retraso mental.
- En el Eje III encontramos las enfermedades médicas que pueden ser causa orgánica o psicológica de un trastorno del Eje I.
- El Eje IV recoge los problemas psicosociales y ambientales del paciente.
- Y, finalmente, el Eje V evalúa la actividad global.

No hace falta esforzarse demasiado para ver el potencial terapéutico de la CT para atender adecuadamente los trastornos mentales en los cinco ejes: la terapia combinada para los trastornos mentales; la intervención sistemática sobre las creencias erróneas y los comportamientos desadaptativos del usuario, enseñando alternativas a las formas pato-

lógicas de relacionarse y convivir con los demás (y en el caso de personas con un coeficiente intelectual límite o bajo, fomentando un proceso de integración social progresivo, a partir del conocimiento de las propias limitaciones, pero sobre todo, de las propias capacidades y potencialidades); la atención médica, psicoterapéutica y educativa a las personas con problemas de salud (secuelas de accidentes, sobredosis, enfermedades infecciosas, etc.); la atención especializada a los problemas psicosociales (desestructuración familiar y social, pérdida de hábitos laborales, domésticos, problemas económicos, legales, etc.), y la mejora de la actividad, estado general y calidad de vida de todas las personas atendidas.

A diferencia de otras modalidades de tratamiento[26], la CT constituye un «medio terapéutico» y proporciona un espacio único para que las interacciones entre todos los componentes del centro sean intensivas, programadas y desarrolladas de forma estructurada.

En cuanto a los centros residenciales de salud mental actuales, vemos que ya comparten algunas de las características de la CT para adictos[27], entre ellas un equipo multidisciplinar, un ingreso y permanencia voluntarios, existencia de un programa terapéutico individualizado, programa de actividades, intervención en lo cotidiano, etc.

Pero todavía se podría avanzar más con la aplicación de la estrategia psicosocial de la CT, empezando por fomentar un cambio de mentalidad de los «pacientes» que les permita pasar de la actitud pasiva del «soy enfermo» a «soy una persona con una enfermedad», lo que supondría una posición más activa en su recuperación/rehabilitación, a través de un mayor progreso en aprendizaje social y autonomía personal. Y también de los profesionales, que podrían descubrir en el trabajo grupal sistemático y en el aprendizaje social que permite la convivencia una fuente inagotable de mejora en la evolución de las personas con trastorno mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comas D (ed). La metodología de la Comunidad Terapéutica. Bilbao, Fundación Atenea; 2010.
2. Rodríguez AC. Aspectos teórico-metodológicos, de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la drogodependencia: sus comienzos. San Salvador de Jujuy, Universidad Nacional de Jujuy; Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales 2009; 37 julio/diciembre.
3. Pérez del Río F. Origen alemán de la comunidad terapéutica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2010;30(105):145-149.
4. Comas D. Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional. Madrid, Grupo GID; 2006.
5. Comas D (ed). La metodología de la Comunidad Terapéutica. Bilbao, Fundación Atenea; 2010.
6. Asociación Dual. Tratamiento. Situación actual. 2010. www.patologiadual.com
7. Palacios L. Pacientes con patología dual. Ponencia presentada en las III Jornadas del Instituto de Adicciones. Madrid; 2005.
8. Bías E, Gómez B, Josa C, Sanz RM, Galindo FJ. La comunitat terapèutica i el trastorn dual. Educació Social 2000; 14:36-50.
9. Hills HA. Creating Effective Treatment Programs for Persons with Co-Occurring Disorders in the Justice System. Department of Comunity Mental Health. University of South Florida; 2000.

10. Medina EO. Evaluación de las etapas del Proceso de Tratamiento en una Comunidad Terapéutica Residencial para Patologías Duales. Tesis doctoral. Argentina, Universidad Nacional de Río Cuarto; 2006.

11. Sacks S, Mckendrick K, Cleland CM. Modified therapeutic community for co-occurring disorders: single investigator meta analysis. Subst Abus 2010; 31(3):146-61.

12. Sacks S, Banks S, Mckendrick K, Sacks J. Modified therapeutic community for co-occurring disorders: A summary of four studies. Journal of Substance Abuse Treatment 2008;34(1):112-122.

13. Brunette MF, Mueser KT, Drake RE. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. Drug and Alcohol Review 2004;23:471-481.

14. Carreau-Rizzetto MC, Sztulman H. Comorbidité et communauté thérapeutique. Annales Médico-Psychologiques 2003;161(4):290-295.

15. Morena MF, Drake RE, Woods M, Hartnett T. A Comparison of Long-Term and Short-Term Residential Treatment Programs for Dual Diagnosis Patients. Psychiatric Services 2001;52(4):32-45.

16. Department of Health Services of Arizona. Co-occurring Psychiatric and Substance Disorders. Practice Protocol. Arizona; 2008.

17. Ball SA, Maccarelli LM, Lapaglia DM, Ostrowski MJ. Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. J Nerv Ment Dis 2011;199(5):319-28.

18. Urquiola A. Patología Dual en la Comunidad Terapéutica Haize-Gain. Donostia-San Sebastián, Haize-Gain; 2003.

19. Morral J, Vilardell S, Cortina R, Fàbregas JM. La adherencia al tratamiento en patología dual: estrategias desde la Unidad Específica. CITA: Centro de Investigación y Tratamiento de Adicciones. Barcelona; 2012.

20. Martí P. Comunidad Terapéutica, Patología Dual y Medidas Penales Alternativas. En monográfico III Jornadas de Patología Dual «Salud mental, adicciones y medidas penales alternativas». Informaciones Psiquiátricas 2011;205 (3):265-271.

21. Puerta C. Pacientes con patología dual. Problemática y dinámica asistencial de colectivos específicos. Centro Ambulatorio vs. Comunidad Terapéutica. Ponencia presentada en las III Jornadas del Instituto de Adicciones. Madrid; 2006.

22. Szerman N. Pensar en la patología dual es el primer paso para su abordaje. Asumir la patología dual para su reconocimiento. Diario Médico; 27.12.2010.

23. Carrera I. Patología Dual: Dificultades de Intervención. Ponencia presentada en el Seminario Internacional «Patología Dual», Universidad Católica de Chile; noviembre de 2011.

24. Goti E. La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga. Buenos Aires, Nueva Visión; 1990.

25. López-Ibor J, Valdés M (dir.). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona, Masson; 2002.

26. Llorente del Pozo JM, Fernández C. Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. Adicciones 1999;11(4);329-336.

27. Cervantes M, Sales JA. La metodología de la comunidad terapéutica en centros residenciales de salud mental. En Comas D (dir.). La metodología de la Comunidad Terapéutica, cap. 12. Bilbao, Fundación Atenea; 2010.

PATOLOGÍA DUAL Y COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

JORDI MORILLO
Psicólogo. Director de la Comunidad Terapéutica Can Coll, Fundación Salud y Comunidad. Barcelona.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se considera que las Comunidades Terapéuticas (CT) han devenido en dispositivos habilitados para el tratamiento de aquellos usuarios de drogas que no han conseguido mantener la abstinencia durante los tratamientos a nivel ambulatorio o en quienes la abstinencia ha sido errática. Respecto a Cataluña, las redes de atención a problemas de drogas han tenido durante mucho tiempo las funciones de detección y programación de los tratamientos a nivel ambulatorio desde una perspectiva biopsicosocial, independientemente de la cuestión de si la integración de las redes de salud mental y drogas se haya consolidado en el territorio. Generando programas específicos y desde una intervención multidisciplinar, las CT, en muchas ocasiones con presupuestos limitados, han garantizado la buena praxis desde la creatividad, el interés y la vinculación con el usuario, permitiendo hacer un buen análisis y diagnóstico de las necesidades del paciente. En los últimos años, entendiendo las condiciones socioeconómicas que vive el país, las CT han seguido un proceso de readaptación que ha generado, a su vez, cambios en las necesidades de tratamiento de los pacientes. Fruto de las limitaciones económicas externas, han tenido que ceñirse a garantizar la continuidad asistencial de los dispositivos de tratamiento ambulatorio, y esto ha repercutido en cómo se prepara, se motiva y se alienta al usuario respecto a su ingreso en dispositivos residenciales tales como las CT.

Hay que decir que las CT y los pisos de reinserción se han ido adaptando al cambio de perfil de usuario sobre la marcha, en ocasiones con mayor o menor éxito, en función de las necesidades que ha ido demandando el paciente, con la complicación añadida de ir modificando programas altamente testados durante muchos años, programas que por otra parte demuestran haber generado resultados aceptables y que permiten una estructura de tratamiento común a todos los usuarios de los dispositivos y al mismo tiempo la atención a las particularidades individuales.

Este marco común ha cambiado. Los programas del tipo «café para todos» ahora son difícilmente viables. Es verdad que se mantiene una base estable y común de programa, estructura y tratamiento, pero cada vez más la intervención y el diseño del programa de rehabilitación exigen mayor conocimiento de las características implícitas en los procesos de salud mental de los pacientes, lo cual obliga a una adaptación del modelo de las CT en el sentido de que parece que tenga que renunciarse en cierta manera a parte de su espíritu en pro de una mayor eficiencia en los resultados a largo plazo. De cómo ha transcurrido este proceso vivo de adaptación hablaremos más adelante.

DIFERENTES PERFILES DE PACIENTES

Si bien es cierto que los perfiles de los usuarios de las CT son heterogéneos, se han definido una serie de características comunes a los pacientes drogodependientes a nivel de rasgos de personalidad. En su momento permitieron diseñar procesos de cambio con una estructura basada en detectar, analizar y corregir aspectos de la personalidad adictiva tales como el control de los impulsos, el trabajo respecto de la inmediatez, la baja tolerancia a la frustración, la aceptación de límites, el control de los impulsos y las habilidades sociales disfuncionales. A su vez, todo ello se desarrollaba en un marco terapéutico en el que al usuario se le proporcionaba un entorno seguro, controlado y estructurado donde poder redefinir aspectos del funcionamiento de la persona, garantizando la introducción de rutinas, hábitos horarios, responsabilidades, obligaciones, límites y convivencia, bajo la dirección de profesionales o con el apoyo de voluntarios, como entrenamiento previo a una reinserción sociolaboral real.

Actualmente esta realidad ha cambiado. Ha sido un proceso lento y progresivo. Y no fue posible anticipar esta tendencia, hecho que ha producido innumerables desajustes en los dispositivos residenciales (incluyendo, a mí entender, también pisos de reinserción). Este cambio deriva directamente del aumento de los usuarios de drogas con trastorno mental asociado a la dependencia de tóxicos, es decir, del aumento de la patología dual.

Para ilustrar este cambio vale la pena mencionar la primera experiencia real de adaptación que se tuvo en la CT Can Coll y que se remonta al año 2005. Se acogió entonces al primer paciente con diagnóstico principal de esquizofrenia, cuyas características no encajaban con la estructura normativa y de funcionamiento del dispositivo. Las necesidades en cuanto a tiempos de descanso personales, el cumplimiento de las rutinas, la acumulación de sanciones, dentro de un marco normativo muy rígido, la presión a la que se sometía al paciente por tal que llegase a asumir un ritmo de funcionamiento homogéneo respecto al resto de usuarios de la comunidad y las curvas de atención condicionaron la rutina del centro, y ello debido a varios factores:

- No se hablaba en grupo de los trastornos mentales, ya que al ser minoritarios en el contexto de las CT, se temía (y se daba) una estigmatización del usuario que no permitía ni afianzaba la integración en el grupo.
- Los niveles de exigencia de los profesionales chocaban frontalmente con las posibilidades reales de que el paciente pudiera cumplir con lo preestablecido en el centro.
- Los diferentes niveles de exigencia provocaban malestar al grueso de componentes del grupo de tratamien-

to, que no comprendían dicha diferenciación.

– Las descompensaciones psiquiátricas se daban, y no existían protocolos internos ni referentes externos especializados vinculados al caso.

– La frustración y los desacuerdos internos en el equipo multidisciplinar eran habituales, debidos a las diferentes percepciones de los profesionales en función de los cargos ocupados.

– La renuncia a ciertas metodologías de trabajo muy consolidadas y el inicio de un proceso de toma de conciencia por parte de los profesionales, que fue doloroso y lento.

– Hubo que diseñar pactos y compromisos individuales con el paciente en cuestión, realizarse supervisión y seguimiento del cumplimiento de dichos pactos y dar explicaciones pertinentes al resto del grupo.

Posteriormente se empezó a trabajar a partir de perfiles tales como el de las personas diagnosticadas de Trastorno Límite de Personalidad, que continuaron dándonos pistas sobre el estilo de intervención que exigían las necesidades de dicho perfil. El trastorno límite de la personalidad se traducía en una baja vinculación al dispositivo y al equipo de profesionales, variedad y cantidad de conflictos derivados de la convivencia, falta de límites en cuanto a las relaciones de pareja dentro del centro entre compañeros, situaciones de auto y heteroagresiones, y aumento de la intervención respecto de la ideación suicida. Dicho perfil obligó a generar herramientas diferenciadas en cuanto a compromisos con los pacientes en el sentido de la no autoagresión, los cuales empezaron a darnos pistas sobre la eficiencia del diseño de intervenciones personalizadas, que en algunos de los casos permitieron a su vez dar continuidad al tratamiento facilitando la no interrupción precoz del proceso que tendía a producirse.

Fue en ese momento cuando se tuvo más en cuenta la presencia concomitante de trastornos de personalidad que, si bien formaban parte en algunos casos de los perfiles atendidos tradicionalmente, otorgaban ahora una dimensión de comorbilidad con trastorno mental severo que afectaba al diseño del programa individual de rehabilitación.

Posteriormente fuimos observando un aumento progresivo de los pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Presentaban dificultades particulares en integrar los aspectos teóricos de la prevención de recaídas y las diferentes dinámicas de grupo, por estar diseñadas con un tiempo de duración de una hora y media que no permitía a dichos pacientes mantener la concentración y la atención. Se hacía difícil que los pacientes con estas características diagnósticas interiorizasen las técnicas y metodologías de protección que formaban parte del proceso de cambio, con su posterior aplicación a la realidad una vez abandonado el dispositivo.

Sería baladí decir que anteriormente no se trabajaba con pacientes duales en las CT.

Los perfiles con diagnósticos de la familia de los Trastornos del Estado de Ánimo y de los Trastornos de Ansiedad han formado parte de los usuarios de los centros, entendiendo que, en función de la droga principal de abuso (fueran depresores o estimulantes), generaban una u otra sintomatología, que en muchas ocasiones remitía en gran medida como consecuencia del aumento continuado del tiempo de abstinencia, el tratamiento psicoterapéutico y el contexto de comunidad. Pero también es cierto que dichos diagnósticos no alteraban de forma muy significativa

las rutinas y la estructura de los programas que entonces estaban en funcionamiento, y se adaptaban a los programas tal como estaban diseñados.

Actualmente se siguen presentando dichos perfiles y se sigue interviniendo, por supuesto, habiendo sido capaces de afinar mejor el diagnóstico, tanto previo al ingreso por parte de los centros de atención y seguimiento (CAS) de drogodependencia, las unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD) y los dispositivos de urgencias hospitalarias de psiquiatría, como durante el tratamiento. Existe un número destacable de casos diagnosticados de Trastorno Bipolar, Distimia, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Toda esta experiencia acumulada y muchos más aspectos nos pusieron sobre la pista de que la realidad de la CT tal y como la habíamos heredado y conocido entraba en un punto de inflexión que nos ha llevado a la situación actual, donde el programa de Can Coll ha sufrido profundas modificaciones de forma escalonada.

CAMBIO DE PROGRAMA EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Durante el año 2010, el programa de tratamiento base sufrió cambios importantes a nivel de estructura y contenidos. Se detectó al principio de dicho año que, con el perfil de usuario/a actual, habían ciertas dinámicas de grupo, ciertos contenidos y estructura horaria que no daban los resultados esperados. Es más, algunos contenidos habían perdido el significado para el que se crearon, ya que iban destinados a un perfil de consumidor de drogas diferente al actual, donde la patología dual no era un condicionante.

Se decidió, en su momento, la creación de grupos de trabajo, según los intereses de los componentes del equipo técnico, formados cada uno de ellos por un psicólogo, un educador social y un auxiliar de enfermería competente en salud mental y adicciones. El objetivo era iniciar una remodelación del contenido y estructura del programa con el fin de adecuar mejor los contenidos y estructura a las necesidades del usuario. Se determinaron cinco grupos de trabajo:

- Programa de perspectiva de género.
- Programa de salud mental y adicciones (patología dual).
- Programa de arteterapia.
- Programa de educación para la salud.
- Programa de meditación-yoga-*mindfullness.*

A título de ejemplo se aporta el Protocolo para el Programa de Salud Mental y Adicciones:

Título: Programa de Salud Mental y Adicciones.

Definición: se pretende aportar un espacio de trabajo con los perfiles de usuario con patología dual ingresado en CT, donde el usuario reciba información y formación respecto a las características propias y de los compañeros.

Índice: título, definición, índice, objetivo, población diana, profesionales implicados, definición de la actividad a realizar, descripción de la actuación, elaboración, evaluación, anexo.

Objetivo: el objetivo principal de este programa es que el usuario tenga conocimientos y herramientas que le aporten comprensión e información respecto a las características personales, a fin de poder ajustar las intervenciones y aumentar la conciencia de realidad al mismo tiempo que se generen estrategias adaptativas y de funcionamiento efec-

tivas para cada uno de los perfiles con trastorno mental y trastorno por adicción.

Población diana: usuarios con patología dual ingresados en CT. Usuarios sin diagnóstico de trastorno mental.

Profesionales implicados: psicólogo, médico psiquiatra, educador social y monitor.

Definición de la actividad a realizar: trastorno de la personalidad, psicosis, trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I y II), trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Películas y apoyo audiovisual/cine fórum: colecciones de DVD: «Drogas y cerebro» (sistema de recompensa) y «Bricolaje emocional» (gestión de las emociones); «1 % Esquizofrenia», Julio Medem; «Mejor Imposible» (trastorno obsesivocompulsivo), «Mi nombre es Sam» (retraso mental), «Una mente maravillosa» (trastorno psicótico), «Mister Jones» (trastorno bipolar).

Descripción de la actuación: se definen espacios de una hora y media de duración, con dos grupos semanales, de un máximo de 17 personas, donde se aportará información a nivel de criterios diagnósticos de cada grupo de enfermedades mentales basadas en los criterios DSM-IV. Se aportará información técnica a nivel de sistema nervioso central, mecanismos de recompensa, afectación del consumo de tóxicos en diferentes perfiles de enfermedad mental. Se aportará material gráfico a la intervención. Se prevé un espacio abierto en el que los usuarios se puedan plantear experiencias y dudas, y se transmitirán herramientas y estrategias de conducta adaptadas a cada una de las enfermedades. Se reforzarán los conocimientos adquiridos con apoyo audiovisual en aras de una mejor comprensión. Se pretende que sea un programa transversal, es decir, que se pueda desarrollar el refuerzo de contenidos a lo largo de otros espacios del programa de CT como pueda ser la relajación-meditación, con conceptos teórico-prácticos de *mindfullness* (atención plena), arteterapia, educación para la salud, por lo que será necesaria la implicación de todos los profesionales del centro. Se incluirá un subprograma de Estimulación Cognitiva basado en fichas, donde se trabajará la atención, la concentración y la memoria.

Elaboración: se definirán 15 sesiones, con contenidos específicos para cada sesión y protocolizadas. Se elabora dentro del contexto de grupo de trabajo transversal de profesionales de la CT Can Coll.

Evaluación: se valorará cada una de las dinámicas de grupo al término de cada sesión mediante un cuestionario sencillo, a fin de evaluar el grado de comprensión e integración de los contenidos aportados. Al término del ciclo de las quince sesiones se efectuará una evaluación general del programa de salud mental y adicciones.

Anexo: fichas de salud mental (DSM-IV), fichas de estimulación cognitiva, *mindfullness.*

Se definieron diferentes itinerarios para los diferentes usuarios, no siguiendo todo el grupo un recorrido común, sino que fue adaptado a la realidad de cada una de las personas ingresadas. Esto nos permite trabajar con grupos más reducidos, lo que facilita la intervención grupal y la trasmisión de objetivos de trabajo. También aumenta el compromiso entre las personas y permite un mejor control de la evolución de los objetivos de trabajo marcados en cada una de las fases del tratamiento.

Se realizaron cambios en la estructura horaria del programa, avanzándose la hora de despertar y creándose un espacio

TABLA I
Horario actual de la CT Can Coll

	Lunes	Martes
7,00	Despertar	Despertar
7,15-7,45 h	Deporte	Deporte
7,45-8,15 h	Ducha	Ducha
8,15-8,30 h	Desayuno	Desayuno
8,30-9,00 h	Medicación	Medicación
9,00-11,30 h	Talleres	(9,00-10,00 h) Mini talleres
		(10,00-11,30 h) Grupo de adicciones
11,30-12,00 h	Pausa	Pausa
12,00-13,30 h	(13,00 h) Funcionamiento	Manualidades // grupo 4.ª fase
13,00-14,30 h	TILIP + grupo de mujeres	TL
14,30-15,45 h	Comida + TL	Comida + TL
15,45-16,00 h	Medicación	Medicación
16,30-17,30 h	Educación para la salud	(16-17 h) Devolución de equipo
17,30-18,30 h	1.º i 2.ª fase: grupo actualidad // 3.ª valoración y planificación Salidas	(17-18,30 h) Grupo de salud mental
18,30-19,00 h	Pausa	Pausa
19,00-20,00 h	Valoración personal - preparación	Valoración personal - dinámica
20,30-21,30 h	Reunión de noche	Reunión de noche
21,30-22,00 h	Cena	Cena
22,00-22,30 h	Medicación	Medicación
22,30-23,30 h	TL	TL
23,30 h	Dormir	Dormir

Miércoles	Jueves	Viernes
Despertar	Despertar	Despertar
Deporte	Deporte	Deporte
Ducha	Ducha	Ducha
Desayuno	Desayuno	Desayuno
Medicación	Medicación	Medicación
Talleres	Talleres	Talleres
Pausa	Pausa	Pausa
Prevención de recaídas	Introspección I	HHSS
Acogidas / TILIP	Introspección II	Gestión del dinero
Comida + TL	Comida + TL	Comida + TL
Medicación	Medicación	Medicación
Grupo abierto	Dinámica lúdico-grupal	Gestión de la agresividad
	TILIP	Cohesión de grupo
Pausa	Pausa	Pausa
TL	1.ª y 2.ª fase: club de lectura // 3.ª fase: valoración y planificación de salidas	Relajación
Reunión de noche	Reunión de noche	Reunión de noche
Cena	Cena	Cena
Medicación	Medicación	Medicación
TL	TL	TL
Dormir	Dormir	Dormir

fijo y común de deporte diario a primera hora de la mañana. El turno de mañanas se dota de dinámicas grupales con contenido más terapéutico. Por las tardes se dota de aquellos contenidos más dirigidos a las relaciones humanas, hábitos, responsabilidades y actitudes individuales y grupales. También se avanza la reunión de noche a antes de cenar, en lugar de hacerlo como hasta ahora de 22 a 23 horas, con lo que se logra garantizar después de la cena un espacio de tiempo libre, reflexión diaria y horas de sueño deseables.

En la tabla I se muestra el horario actual de la CT Can Coll.

EQUIPOS PROFESIONALES Y GESTIÓN DE LA FRUSTRACIÓN

Es evidente la importancia de los equipos en el ámbito de la atención a drogodependencias y especialmente en dispositivos residenciales como las CT. En la institución en que se integra la CT Can Coll, *Fundació Salut i Comunitat,* y en general en todos sus dispositivos, siempre se ha mantenido un interés especial en el cuidado de los equipos de intervención profesionales. Dada la población atendida en los dispositivos, es incuestionable que dichos equipos han de asumir un cierto grado de sufrimiento y tensiones derivadas de las condiciones particulares del perfil de usuario en un entorno residencial.

Entendemos que la buena praxis profesional debe ir siempre acompañada de la dotación de herramientas a los profesionales de atención directa que permitan el reciclaje en cuanto a contenidos, espacios de reflexión, formación especializada incluida en los planes de formación, y capacidad de autonomía y decisión basada en la confianza y la profesionalidad. Los equipos deben tener a disposición espacios de descarga informales que favorezcan un buen clima laboral, una alta implicación y una integración metodológica, y también espacios y medidas de coordinación en los que el traspaso de información sea ágil, efectiva y llana.

En *Fundació Salut i Comunitat* siempre se ha procurado mantener y garantizar espacios profesionales de supervisión externa, sistematizados y dirigidos. Han permitido desbloquear situaciones, tanto personales como institucionales, que son consecuentes a una praxis profesional compleja, en el que el día a día provoca, a veces, ciertos roces internos en los equipos que dificultan la intervención profesional.

En esta línea, en 2011 se iniciaron sesiones de *coaching* para el equipo interdisciplinar del centro con un profesional externo a la *Fundació Salut i Comunitat.* Permiten acceder a una visión externa de la problemática a la que nos enfrentamos los trabajadores de la CT, así como la mejora de la metodología técnica de trabajo en cada una de las funciones, potenciando vías de comunicación y trasmisión de información entre miembros del equipo y garantizando un espacio de resolución de conflictos y adaptación de estilos.

También es importante destacar los perfiles profesionales necesarios para desarrollar un programa de drogodependencias en CT. Así, en 2006 se incorporó la figura del médico psiquiatra, en lugar de la titulación en medicina general. Este es un factor primordial en el giro que ha dado la estructura del programa y tratamiento en la CT. Con ello aumenta la capacidad de detección de trastornos mentales, se adaptan las pautas de medicación con psicofármacos a tiempo real a lo largo del tratamiento y se trata el síntoma en un contexto de supervisión diaria que permite ajustar las pautas al estado real del paciente. Se generan herramientas di-

dácticas para el equipo y la toma de conciencia de los profesionales hacia este cambio de paradigma, y a su vez se le da estructura al programa de patología dual.

Acerca de otras categorías laborales asistenciales, también imprescindibles para el normal desarrollo de las actividades, debe señalarse que se mantiene el perfil profesional del Educador Social y que como Monitores se seleccionan trabajadores con titulación específica de Auxiliar de Enfermería en Salud Mental y Adicciones, algo más especializados y preparados para la intervención profesional con perfiles duales.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, es el proceso de cambio al que se ha visto sometido el equipo profesional respecto de las metodologías, funciones y expectativas con las que se había intervenido hasta el momento en que se integra la intervención en salud mental dentro de las CT.

Ha sido necesario gestionar las frustraciones de los profesionales en cuanto a la consecución de resultados, se han debido adaptar las expectativas en cuanto a los procesos de mejora y cambio del usuario, se ha tenido que renunciar a ciertos grados de exigencia individuales y también integrar contenidos teóricos adaptados a las necesidades cambiantes del paciente. Además, es importante destacar que el orden de prioridades ha ido cambiando en función de las condiciones que han ido presentando los pacientes, en algunos casos, con la asunción de una parte asistencial preparatoria para así poder incidir en el proceso psicoterapéutico de rehabilitación.

En este proceso de cambio han aparecido resistencias que han obligado a reajustes funcionales intrínsecos a la práctica profesional, obligando a aumentar la flexibilización en la toma de decisiones. En cuanto a la rigidez de las condiciones normativas comunes originaria, el cambio ha abocado a una estructura de intervención individual alimentada por las mejoras obligadas en cuanto a las condiciones de coordinación y traspaso de información intraequipo, consolidándose en última instancia la interdisciplinariedad de los equipos. Esta, en suma, quizás haya sido la mayor dificultad a la que nos hemos enfrentado, ya que en ocasiones se ha vivido como una pérdida de referencia en cuanto al desarrollo de las funciones de cada uno de los profesionales e incluso como una «traición» respecto al «espíritu» de la CT.

FORMACIÓN Y PROTOCOLOS

Paralelamente se han generado protocolos de intervención y consejos de actuación, de forma coordinada con el médico psiquiatra de la *Fundació Salut i Comunitat,* de cara a dotar también de herramientas a los profesionales que les permitan adaptar la intervención de forma ajustada a cada uno de los perfiles con trastorno mental grave. Por un lado, esto permite tomar conciencia a los profesionales de los diferentes estilos de intervención necesarios para cada uno de los perfiles, qué hacer, cómo y cuándo con cada uno de ellos, atendiendo a las diferencias. Y por otro lado, permite proteger un marco común estructural.

El contenido de este tipo de guía para el profesional incluye cómo intervenir con el paciente ansioso, depresivo, psicótico, maníaco y suicida. También se están usando los Protocolos de Intervención en Patología Dual publicados por Brainpharma en 2009 en colaboración con la Sociedad Española de Patología Dual y Socidrogalcohol en esquizofrenia, ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad. Dichos protocolos promueven la autoevaluación formativa de los contenidos adquiridos, hecho que facilita la

integración y aplicación por parte de los profesionales en la práctica diaria. Se usa también la Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones editada en 2008 por Socidrogalcohol, como marco teórico aplicable a la intervención en tratamiento residencial. En definitiva, se procura el acceso a la información, formación continuada y reciclaje de todos aquellos profesionales de la CT, con el objetivo de reforzar la coherencia en el esfuerzo.

De forma complementaria, hay que remarcar la importancia de los Planes de Formación, destinados a dar respuesta a las necesidades detectadas por los equipos profesionales. En la *Fundació Salut i Comunitat,* el plan de formación en el área de drogodependencias consta de dos secciones claramente diferenciadas. Por una parte se ofrecen cursos y formaciones básicas comunes, de aplicación general, adaptables a cada uno de los dispositivos, y que son:

- Abordaje sistémico.
- Perspectiva de género.
- Resolución de conflictos.
- Salud mental y adicciones.

Y por otra parte, formaciones y cursos específicos, en función de los intereses internos de cada equipo, que incluyen:

- Habilidades digitales.
- Abusos sexuales en la infancia.
- Abusos sexuales en la edad adulta.
- Marco legal alrededor del derecho de las familias.
- Arteterapia y trabajo no verbal.
- Infancia.
- Trastorno límite de la personalidad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, *mindfullness.*

TABLA II

Datos de diagnóstico al ingreso (2009)

		N total 75	%
Esquizofrenia		3	4,00
TOC		3	4,00
TLP		3	4,00
Trastorno personalidad		5	6,67
Trastorno personalidad	Cluster A		
	Cluster B	2	2,67
Trastorno personalidad narcisista		1	1,33
Trastorno bipolar			
Trastorno depresivo mayor			
Trastorno depresivo			
Trastorno distímico			
Trastorno afectividad depresivo			
Trastorno ansiedad generalizada		1	1,33
Trastorno estado de ánimo			
Trastorno psicótico			
Trastorno psicótico breve			
Inicio demencia			
TDHA			
TCA		1	1,33
Síndrome Kline-Felter			
Fobia social			
Trastorno personalidad esquizoide		1	1,33
Trastorno psicosis orgánica		1	1,33
Ludopatía		1	1,33
		22	29,32

Las formaciones continuadas permiten garantizar espacios de intercambio y puesta en común de diferentes equipos en diferentes ámbitos de intervención. Facilitan una mayor comprensión de las diferentes realidades y también el intercambio de información y experiencias a aplicar en diferentes ámbitos.

Hay que remarcar como experiencia muy positiva la correlación de cursos donde se comparte contenido entre profesionales de drogodependencias y profesionales del ámbito de la perspectiva de género (como característica diferencial de los centros del área 2 de *Fundació Salut i Comunitat).*

DATOS OBTENIDOS DESDE 2009 A 2012

A continuación se muestran los datos recogidos desde el año 2009 de los perfiles con diagnóstico previo en salud mental derivados a la CT Can Coll.

Estos datos se recopilan a partir de los informes de derivación y de los informes asistenciales que aporta el paciente al ingreso.

En las tablas II, III, IV y V se muestran los datos registrados de diagnóstico al ingreso.

Los datos de porcentaje finales no son indicativos del total de casos, ya que en muchos de los casos registrados la comorbilidad entre dos o más trastornos mentales se da de forma habitual.

Como se puede apreciar en los registros, ha ido aumentando el número de personas con alguna patología mental asociada.

Esto se debe también a la mejora en cuanto a la capacidad diagnóstica y a la conciencia de realidad de los dispositivos externos a las CT que intervienen con usuarios de drogas.

TABLA III

Datos de diagnóstico al ingreso (2010)

		N total 85	%
Esquizofrenia		4	4,71
TOC		3	3,53
TLP		6	7,06
Trastorno personalidad		7	8,24
Trastorno personalidad	Cluster A	1	1,18
	Cluster B	4	4,71
Trastorno personalidad narcisista		1	1,18
Trastorno bipolar		8	9,41
Trastorno depresivo mayor		3	3,53
Trastorno depresivo		4	4,71
Trastorno distímico		1	1,18
Trastorno afectividad depresivo		1	1,18
Trastorno ansiedad generalizada		1	1,18
Trastorno estado de ánimo		1	1,18
Trastorno psicótico		3	3,53
Trastorno psicótico breve		1	1,18
Inicio demencia		1	1,18
TDHA		5	5,88
TCA		3	5,88
Síndrome Kline-Felter		1	1,18
Fobia social		1	1,18
Trastorno personalidad esquizoide		1	1,18
Trastorno psicosis orgánica			
Ludopatía			
		61	74,17

TABLA IV

Datos de diagnóstico al ingreso (2011)

		N total 74	%
Esquizofrenia		6	8,11
TOC			
TLP		12	16,22
Trastorno personalidad		5	6,76
Trastorno personalidad	Cluster A	3	4,05
	Cluster B	2	2,70
Trastorno personalidad narcisista			
Trastorno bipolar		6	8,11
Trastorno depresivo mayor		5	6,76
Trastorno depresivo		5	6,76
Trastorno distímico			
Trastorno afectividad depresivo			
Trastorno ansiedad generalizada		2	2,70
Trastorno estado de ánimo			
Trastorno psicótico			
Trastorno psicótico breve		1	1,35
Inicio demencia			
TDHA		5	6,76
TCA		4	5,41
Síndrome Kline-Felter		1	1,35
Fobia social		1	1,35
Trastorno personalidad esquizoide		1	1,35
Trastorno psicosis orgánica			
Ludopatía		1	1,35
Trastorno adaptativo		1	1,35
Dislexia		1	1,35
Trastorno paranoide		1	1,35
Deterioro cognitivo		1	1,35
Psicosis inducida		1	1,35
TAG		1	1,35
Control de impulsos		1	1,35
		67	90,54

TABLA V

Datos de diagnóstico al ingreso (2012)

		N total 68	%
Esquizofrenia		4	5,88
TOC		2	2,94
TLP		10	14,71
Trastorno personalidad		2	2,94
Trastorno personalidad	Cluster A	1	1,47
	Cluster B		
Trastorno personalidad narcisista			
Trastorno bipolar		4	5,88
Trastorno depresivo mayor		12	17,65
Trastorno depresivo			
Trastorno distímico			
Trastorno afectividad depresivo			
Trastorno ansiedad generalizada			
Trastorno estado de ánimo			
Trastorno psicótico			
Trastorno psicótico breve			
Inicio demencia			
TDHA		5	7,35
TCA		6	8,82
Síndrome Kline-Felter			
Fobia social			
Trastorno personalidad esquizoide			
Trastorno psicosis orgánica			
Ludopatía		1	1,47
Trastorno adaptativo			
Dislexia			
Trastorno paranoide			
Deterioro cognitivo		1	1,47
Psicosis inducida			
TAG		3	4,41
Control de impulsos		1	1,47

TABLA V *(continuación)*
Datos de diagnóstico al ingreso (2012)

	N total 68	%
TDP	1	1,47
Trastorno paranoide personalidad	1	1,47
Psicosis tóxica	1	1,47
Trastorno delirante celotípico	1	1,47
Dependiente emocional	2	2,94
Esquizoide paranoide	2	2,94
Hipertiroidismo	1	1,47
TP evitación	1	1,47
VIH	1	1,47
	63	92,63

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA: ÚLTIMOS DATOS

Durante 2012 se ha creado un grupo de trabajo concreto en la CT Can Coll, compuesto por psiquiatra, educadora y dirección, con el objetivo de iniciar un estudio de la evolución diagnóstica de los pacientes en tratamiento. Se ha tomado la decisión de pasar una batería de pruebas psicotécnicas con el propósito de acceder a información propia, sistematizada y continua de los perfiles en salud mental de los usuarios del dispositivo. Nos planteamos la hipótesis de que la sintomatología mejora a lo largo del tratamiento. El objetivo es:

- Detectar mejoras sintomatológicas de las patologías mentales a lo largo del proceso de tratamiento.
- Refutar o confirmar diagnósticos previos desde la abstinencia garantizada.

Las pruebas que se administran son las siguientes:

- MINI, la entrevista neuropsiquiátrica internacional, en su versión 5.0.0; permite el diagnóstico del paciente en función de los períodos de abstinencia retrospectivos.
- Cuestionario Salamanca; permite aproximarse/diagnosticar trastornos de la personalidad.
- Escala de autodetección para adultos ASRS V1.1; permite el cribado de TDAH en el adulto.
- IRS, escala de valoración de la impulsividad; se administra al inicio y al final del tratamiento.

En las tablas VI y VII se muestran los datos propios provisionales en 2012 de la batería MINI + SALAMANCA.

NECESIDADES EN RED: QUÉ PEDIMOS Y QUÉ OFRECEMOS LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Hasta el momento, se ha descrito el proceso de adaptación de la CT a la patología dual, la cual se ha realizado desde el interior, generando espacios de trabajo destinados propiamente al diseño de un programa específico y eficaz, y sin contar con demasiadas experiencias y literatura de referencia que hayan facilitado dicho proceso. El resultado se considera positivo, pero se siguen detectando carencias, quizá más propias de la estructura de las redes públicas de salud mental y la de adicciones, que no permiten cerrar el círculo.

Esto quiere decir que se debería dotar a las redes de protocolos y vías de coordinación, comunicación y traspaso de información que sean ágiles y que permitan mantener coordinaciones profesionales, tanto entre los profesionales de drogodependencias como con los de salud men-

tal. El paciente dual no debería de ser evaluado como tal si no tiene profesionales de referencia en ambas redes. Es decir, el diagnóstico de cada una de las patologías concomitantes que sufre el paciente se debería hacer desde cada una de las redes especializadas.

En muchas ocasiones, las dificultades a las que nos enfrentamos los centros «anteriormente especializados en tratamiento de drogodependencias» tienen que ver con la falta de referencias, de protocolos y de praxis previas que indiquen cómo gestionar las necesidades del

TABLA VI

Datos provisionales de 2012 (Mini)

	Mini	N total 147	% sobre N
A	Episodio depresivo mayor (EDM)	10	6,80
	EDM con síntomas meláncolicos (opcional)		
B	Trastorno distímico	10	6,80
C	Riesgo de suicidio		
D	Episodio maníaco	12	8,16
	Episodio hipomaníaco		
E	Trastorno de angustia	6	4,08
F	Agorafobia		
G	Fobia social (trastorno de ansiedad social)	8	5,44
H	Trastorno obsesivo-compulsivo	8	5,44
I	Estado por estrés postraumático (opcional)		
J	Dependencia de alcohol		
	Abuso de alcohol		
K	Dependencia de sustancias (no alcohol)		
	Abuso de sustancias (no alcohol)		
L	Trastornos psicóticos	4	2,72
	Trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos		
M	Anorexia nerviosa		
N	Bulimia nerviosa	5	3,74
	Anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo		
O	Trastorno de ansiedad generalizada	14	9,52
P	Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)	2	1,36
2	Sin diagnóstico	2	1,36
		81	55,08

Tratamiento de datos efectuado una vez cerrado 2012, año natural de recogida de los mismos; publicación en prensa.

TABLA VII
Datos provisionales de 2012 (Salamanca)

		Salamanca	N total 147	% sobre N
A	PAR	Paranoide (ítems 1 y 2)	2	1,36
	ESQ	Esquizoide (ítems 3 y 4)	9	6,12
	EQT	Esquizotípico (ítems 5 y 6)		
B	HIST	Histriónico (ítems 7 y 8)	10	6,80
	ANT	Antisocial (ítems 9 y 10)	5	3,40
	NAR	Narcisista (ítems 11 y 12)	1	0,68
	IE IMP	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: subtipo impulsivo (ítems 13 y 14)	13	8,84
	IE LIM	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: subtipo límite (ítems 15 y 16)	13	8,84
C	ANAN	Anancástico (ítems 17 y 18)	1	0,68
	DEP	Dependiente (ítems 19 y 20)	7	4,76
	ANS	Ansioso (ítems 21 y 22)	17	11,56
	Sin diagnóstico		3	2,04
			81	55,08

Tratamiento de datos efectuado una vez cerrado 2012, año natural de recogida de los mismos; publicación en prensa.

paciente. También es importante destacar la necesidad que tienen las direcciones técnicas de los centros residenciales de preservar el objeto fundamental de las CT, que no es otro que desarrollar programas de rehabilitación, atendiendo a las condiciones específicas de cada paciente, pero a su vez llegando a acuerdos con las necesidades de los derivadores en cada momento.

Los períodos de descompensación psiquiátrica deben de ser cubiertos por la red de salud mental, no por la red de drogodependencias, y menos aún por las CT o los pisos de reinserción. Somos capaces de hacer frente a las realidades cambiantes del perfil del usuario en CT, pero no somos unidades de subagudos, agudos o de desintoxicación. No tenemos las medidas de contención hospitalaria propias de los tratamientos psiquiátricos ni la estructura en recursos humanos.

Dicho esto, debe reconocerse que los perfiles profesionales de las CT se están adaptando a una especialización también en salud mental además de en drogodependencias. Tenemos la obligación y el compromiso de mantener y preservar los servicios que deben ofrecer las CT y los pisos de reinserción, permaneciendo fieles a aquello para lo que están destinados estos centros. Es necesario, en suma, no desvirtuar la importante necesidad de proteger los tratamientos propios de la CT.

Las CT **pedimos:**

– Que se siga desarrollando el Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la autoridad sanitaria catalana.

– Pedimos que los pacientes con patología dual tengan referentes, tanto en la red pública de salud mental (Centros de Salud Mental de Adultos) como en la red pública de atención a las adicciones de Cataluña (Centros de Atención y Seguimiento de drogodependencias).

– Que dichos referentes garanticen el traspaso de información y coordinación previa al ingreso en un dispositivo residencial.

– Que faciliten datos que ayuden a los profesionales de las CT y pisos de reinserción a ser más eficientes en el diseño de programas de tratamiento individuales con el usuario.

– Que se mantengan las coordinaciones mientras el paciente está en un dispositivo residencial de tratamiento de drogodependencias.

– Que asuman la referencia de los casos ingresados que dejan de estar en condiciones óptimas de tratamiento en comunidad terapéutica, por descompensación psiquiátrica.

– Que se generen protocolos de actuación y vías de coordinación entre las redes.

– Que se comprenda qué es y qué no es una CT.

Las CT **ofrecemos:**

– Trabajar en pro de la adaptación de los dispositivos a las necesidades actuales.

– Ofrecemos dar respuestas ágiles a las necesidades de las redes.

– Trabajar por la mejora biopsicosocial del paciente.

– Garantizar de forma exhaustiva la coordinación con los profesionales referentes de ambas redes, salud mental y adicciones.

– Aportar datos estadísticos que aumenten la comprensión de la realidad intrínseca de la CT.

– Generar espacios de coordinación con las redes de salud mental y adicciones y trabajar para la creación de protocolos firmes, estables y eficientes.

– Generar publicaciones y bibliografía.

– Participar en foros y hacer difusión.

METODOLOGÍA DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL

JOAN-ARTUR SALES

Psicólogo clínico. Director gerente de Grup ATRA. Director de la CT Can Prat y presidente de la Asociación Catalana de Lares de Salud Mental.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

INTRODUCCIÓN

Las comunidades terapéuticas (CT) son dispositivos especializados de tratamiento que, desde un modelo integrador de atención, ofrecen un marco terapéutico multifactorial y flexible que permite diferentes respuestas, desde un posicionamiento participativo, a las necesidades de cambio personal, autonomía e integración social de sus residentes o pacientes.

Al hablar de la aplicación de la metodología de la CT en pacientes con patología dual podría entenderse que no hay modelo o metodología preexistente de CT de aplicación a personas con conducta adictiva y enfermedad mental, y que habría que crear uno nuevo y específico para este colectivo, cosa que no es así. De lo que se trata es de adecuar algunos aspectos del mismo modelo de la CT para drogodependientes a las características y necesidades de estas personas. Intentaremos describir algunas de estas características a tener en cuenta a la hora de diseñar los programas específicos y/o las intervenciones en el marco de la CT con personas con patología dual.

A grandes rasgos, el Programa Terapéutico de la CT contempla, entre otros, los siguientes factores:

- Ingreso y permanencia voluntarios del paciente en la CT.
- Ruptura temporal con su medio social.
- Alejamiento total de todo tipo de sustancia adictiva.
- Participación activa del paciente en la realización de su tratamiento.
- Interacción continuada con el grupo.
- Tutoría permanente por parte del equipo institucional.
- Psicoterapia individual a cargo de un psicoterapeuta.
- Grupos terapéuticos, educativos y de reflexión.
- Proceso terapéutico dividido en tres fases: 1.ª fase, de deshabituación; 2.ª fase, de rehabilitación; y 3.ª fase, de pre-reinserción social.

El equipo de intervención está formado por profesionales de la salud y la educación: médico, enfermera, psicólogos, educadores sociales, trabajador social, monitores especializados, etc.

Aunque no es objeto de este trabajo profundizar de forma exhaustiva en el modelo de CT, sí que vamos a describir algunas bases conceptuales y las características principales de esta tipología de servicio.

BASES CONCEPTUALES GENERALES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La CT es una forma de prestación de servicios de salud y tratamiento, complementaria a la clínica tradicional, que interviene en el proceso terapéutico de rehabilitación de drogodependientes cuando se precisa una intervención amplia, intensiva, dilatada e integral sobre la conducta adictiva, sobre los problemas psicosociales, los hábitos emocionales y relacionales, y sobre los comportamientos sociales en que, por su magnitud y/o cronicidad, no es suficiente su abordaje en régimen ambulatorio.

Cuando el individuo se halla en un estado avanzado de su proceso de drogodependencia y la afectación dentro de las diferentes áreas de adaptación, de relación y de manejo de su entorno comienzan a estar seriamente afectadas y aparece un cuadro de disocialización, acostumbra a ser necesario un abordaje amplio que dé una respuesta terapéutica multifactorial capaz de cubrir, de manera simultánea, la mayor parte de los aspectos que deban ser modificados en el sujeto.

Es concretamente para esta población de pacientes para lo que hay que pensar en la aplicación temporal del modelo de tratamiento de CT. En esencia, la CT es la reproducción de un espacio social construido con la finalidad terapéutica de proporcionar a sus internos un tratamiento de tipo *institucional* y *comunitario* a la vez, orientado a conseguir el control y la extinción de las conductas adictivas.

Son aspectos característicos de este tratamiento institucional y comunitario:

- Énfasis en el grupo, la cohesión grupal y las interacciones entre sus miembros para promover el aprendizaje social.
- Participación activa del paciente y cambio de su estatus respecto del que se deriva de la relación convencional médico-paciente, para subrayar el carácter de colaborador activo y no de objeto pasivo del usuario en el desarrollo de su propio tratamiento.
- Intervención socioeducativa, entendida como el proceso de ayuda que se deriva de la intervención generada en el seno de un grupo humano controlado.
- La terapia ambiental, entendida como diferentes elementos del medio que inciden a modo de estímulo positivo y de efectos potencialmente terapéuticos.
- La terapia ocupacional, fundamentalmente en la utilización del trabajo y de la actividad y creatividad personales, con finalidad educativa y terapéutica.
- Intervención terapéutica individual, entendida como el tratamiento del estado psíquico del paciente mediante la relación dual entre este y el psicoterapeuta, así como el conjunto de técnicas, pautas, compromisos y tareas que se derivan de la misma.
- La existencia de una cultura institucional propia y distintiva que, como conjunto de creencias, actitudes y pautas de conducta, regula la vida cotidiana de la CT, proporcionando cohesión y sentido de comunidad a sus miembros y que, a la vez, actúa como primer modelo personal y social de conducta y de valores válidos para sustituir, ini-

cialmente, los hábitos y pautas de conducta vinculados al período anterior de la adicción, frecuentemente prolongado.

La CT no tiene que ser entendida, en ningún caso, como un tratamiento total y capaz de cubrir todos los aspectos y necesidades del proceso terapéutico amplio de los drogodependientes que lo utilizan. La CT ofrece un espacio comunitario que permite una ruptura con la drogodependencia, considerando al paciente como sujeto responsable y activo en su aprendizaje dentro del proceso de cambio conductual, cognitivo, emocional y relacional que se persigue.

El programa terapéutico se basa en las técnicas de intervención derivadas de los modelos *comunitario* y *cognitivo-conductual,* enfatizando los aspectos de rehabilitación psicosocial a través de «situaciones de vivir aprendiendo» y del aprendizaje, de la autogestión y de la autoayuda grupal.

LA NECESARIA COORDINACIÓN CON LOS DEMÁS SERVICIOS ASISTENCIALES

Realizan las derivaciones para el tratamiento en CT, principalmente, los ambulatorios de adicciones, los CAS en Cataluña, de la red de atención a las drogodependencias, XAD en siglas catalanas. Valoran la necesidad de este tratamiento, que comporta separación temporal del toxicómano de su medio, y lo hacen en base a los criterios siguientes:

- Fracaso de tratamientos anteriores, con ninguna posibilidad de mantener la abstinencia, o bien pronóstico previsible de fracaso en los actuales, por carencias personales y/o del medio del drogodependiente.
- Drogodependientes con hábitos, valores, cogniciones y capacidades personales ampliamente impregnados por su drogadicción y su larga historia de conducta adictiva, que a la vez les inhabilitan para un comportamiento socialmente adaptado.
- Pacientes con desajustes importantes respecto a su entorno social más inmediato —personal, familiar y social— y/o respecto a su propia imagen, a causa de su comportamiento social y conducta adictiva derivados de la drogadicción, que les imposibilitan para un estilo de vida sin drogodependencia.
- Drogodependientes faltos del mínimo apoyo o contención de su entorno inmediato, con improbabilidad de que un abordaje desde su propio medio sea eficaz.
- Drogodependientes con problemática judicial añadida, que a su vez les condiciona para desarrollarse en su medio habitual.

La CT no es un recurso finalista en sí mismo, y no tiene sentido si no es dentro del conjunto de intervenciones anteriores y posteriores. Todas ellas son las que, en definitiva, conforman el proceso terapéutico del paciente, al que se le orienta hacia el objetivo final, y compartido, de la reinserción social con los medios, habilidades y competencias personales suficientes para asegurar un estilo de vida mínimamente adaptado al entorno y sin necesidad de recurrir a conductas adictivas.

Así pues, por definición, es absolutamente necesaria la coordinación continuada con los servicios y los profesionales que intervienen en este proceso terapéutico. Y ello previamente, durante y posteriormente a la utilización de los recursos de la CT. Esto incluye los otros servicios o dispositivos sociales útiles para colabo-

rar y cooperar en la reinserción social de los pacientes.

CRITERIOS DE ADMISIÓN

Los criterios de admisión para acceder al tratamiento de Comunidad Terapéutica acostumbran a ser los siguientes:

1. Ser mayor de 18 años.
2. En caso de *trastornos psicopatológicos* de base y/o en curso —psicopatías graves, trastornos psicóticos, trastornos de la conducta graves, etc.—, estos no podrán hallarse en fase aguda o en descompensación. La presencia de estos trastornos en fase aguda o de descompensación distorsionan de manera extrema la conexión y la permeabilidad del individuo respecto a su entorno, por lo que los individuos que lo sufren acostumbran a resultar estériles ante las presiones y las exigencias del ambiente que pretenden modificar su comportamiento social y conseguir la adaptación necesaria al tratamiento. Por el contrario, se acostumbra a producir un aumento progresivo del sentimiento de alienación y de desadaptación continuada, que a su vez comporta un incremento de la angustia y el empeoramiento general del sujeto. En este sentido, el tratamiento en la CT podría ser incluso antiterapéutico y perjudicial en caso de no separarse a tiempo al paciente de la misma.
3. *Voluntariedad* explícita del tratamiento. La naturaleza de todo tratamiento rehabilitador precisa este requisito indispensable. En contra de la voluntad de la persona es del todo imposible cualquier proceso de maduración y cambio dentro de la esfera de los hábitos conductuales y emocionales. Por ello es requisito de la admisión que el futuro usuario manifieste, como mínimo y de manera explícita, su voluntad y decisión personal de llevar a cabo el tratamiento en la CT.
4. Ausencia de síndrome de deprivación y de sustancias de abuso en el momento del ingreso. La primera fase terapéutica de deshabituación, así como el primer mes de adaptación y prueba, requieren el alejamiento máximo de situaciones y estímulos asociados a la drogodependencia, así como la concentración y el esfuerzo del paciente y, por tanto, la ausencia máxima también de distorsiones derivadas de cualquier estado de deprivación que pudieran suponer algún obstáculo. Se trata de un servicio que *no incluye la desintoxicación* física de sustancias adictivas, por lo que en caso de precisarse cualquier tipo de desintoxicación habrá de hacerse previamente al ingreso en CT. En aras del normal desarrollo de sus cometidos, la necesaria ausencia de circulación y de uso de cualquier tipo de sustancias de abuso en la CT, así como el compromiso adquirido por parte del centro de cara a los residentes, sus familias y los centros que derivan, en cuanto a garantizar que el tratamiento se lleve a cabo en un espacio libre de drogas, obliga al control y a la continua comprobación mediante analíticas de orina de los pacientes ingresados. Por esto se realiza una primera analítica de orina en el momento del ingreso y no se admite a ningún candidato con resultado positivo en cualquier determinación de sustancias de abuso.
5. *Motivación observada* en el usuario. Además de la voluntad manifestada de querer llevar a cabo el tratamiento en la CT, es necesaria la existen-

cia de la motivación suficiente para el esfuerzo y el trabajo personal que este requiere, ya que si esto no es así, el trabajo terapéutico está predestinado al fracaso, con las lógicas consecuencias de aumento de frustración del paciente, además de la influencia negativa que acostumbra a comportar para abordar en el futuro cualquier otro tratamiento similar.

6. Capacidad para aceptar y seguir *normas* de convivencia en grupo. Ya que el tratamiento se realiza en y dentro de un grupo, es imprescindible que el candidato tenga, previamente al ingreso, una capacidad mínima necesaria de aceptación de las normas y límites grupales en la CT para posibilitar su adaptación inicial en el grupo de compañeros y en el funcionamiento establecido, y que le permita, también, el progreso posterior en su nueva integración e implicación en dicho grupo. Medir esto es especialmente importante en los pacientes con patología dual.
7. Que *no* exista *vinculación familiar ni afectiva previa* con los pacientes ya ingresados en la CT. El tratamiento en CT requiere que la persona lo afronte, desde su inicio, con sus verdaderas capacidades y dificultades personales, y totalmente desvinculada y alejada de toda influencia personal y/o emocional previa, en la que pudiera refugiarse y buscar apoyo gratuito y protector.
8. Ausencia de enfermedades *contagiosas* y de *disfunción física o sensorial* que impida la adaptación a las instalaciones.
9. Existencia de un *corresponsable externo* del tratamiento, siempre que esto sea posible.
10. Aceptación y firma de las cláusulas del *contrato terapéutico*.

El contrato terapéutico contempla los requisitos, normas, condiciones y límites básicos que han de encuadrar y permitir el desarrollo del tratamiento en la CT, y formalizar el compromiso que al respecto adquiere el paciente ante la institución, ante terceros (responsable externo) y ante sí mismo. Significa un primer acto, previo, de autorresponsabilización personal que ejerce el candidato a la admisión y que, a su vez, contribuye a reforzar su condición de persona adulta y libre que decide por sí misma la asunción de dicho compromiso. Una vez leídas, entendidas y aceptadas las cláusulas de este contrato, se procede a la firma por parte del paciente, la institución y el responsable externo, en un mismo acto antes del ingreso.

ASPECTOS MÁS IMPORTANTES A CONTEMPLAR EN LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL TRATADOS EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En el abordaje y la aplicación del plan de tratamiento y de los diferentes programas de la CT, deben tenerse muy presentes algunas de las características principales, derivadas de la enfermedad mental, de las personas con patología dual. Dentro de estas características cabe destacar las siguientes:

- Mayor vulnerabilidad al estrés.
- Más dificultades para afrontar las demandas del entorno.
- Más déficits en las habilidades y capacidades para el propio manejo autónomo.
- Más dificultades para actuar socialmente.

– Pérdida o inexistencia, en muchos casos, de redes sociales de apoyo.

– Más tendencia a situaciones de aislamiento social.

– Alta dependencia de otras personas y/o, en algunos casos, del propio servicio o del personal.

En todo este proceso de integración en la dinámica de la CT de la persona con patología dual es muy importante trabajar el estrés que le supone el hecho de afrontar nuevas situaciones, nuevos roles y la movilización de apoyos.

ASPECTOS DE LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA QUE DEBEN ADECUARSE PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL

De manera genérica deben evaluarse y modificarse, si fuera preciso, los siguientes aspectos de la metodología de la CT cuando se aplica a personas con patología dual:

1. Aspectos del **encuadramiento** del servicio. Las personas con enfermedad mental —y con patología dual— suelen ser más sensibles y vulnerables a los cambios de entorno tanto físico como emocional y relacional. La CT, por reproducir un microsistema social en sí mismo a fin de favorecer la ruptura de sus residentes con su medio y estilo de vida anterior a través del aislamiento inicial del exterior y la concentración en el programa, el grupo y la propia institución, puede favorecer la descompensación y el empeoramiento de la persona con patología dual, sobre todo al inicio del programa. Por ello debe prestarse más atención, si cabe, a la acogida e integración de estas personas y contemplar si, a diferencia del resto del grupo, deberá mantenerse periódicamente algún contacto con algún profesional y/u otra persona externa dentro de la fase de aislamiento inicial.

2. La **intensidad** de aplicación del programa de CT, que hay que ajustar e individualizar en lo posible, dado el mayor deterioro derivado de la enfermedad mental, sobre todo si es crónica, en las esferas física, cognitiva y relacional.

3. La **temporalidad** y los **ritmos.** Normalmente, el tiempo y los períodos serán más dilatados, y los ritmos igualmente ajustados a los diferentes momentos y capacidades de estos pacientes. En la CT para drogodependientes, normalmente está bien definida la duración del programa e incluso la de sus diferentes fases, pero en los casos de patología dual es frecuente que convenga variar la duración estándar del programa, así como la de sus fases o etapas. Es más conveniente que ambos aspectos, la duración del programa y la de sus etapas, estén referidos a la consecución de objetivos y a la propia evolución del paciente.

4. La **exigencia,** que ha de estar igualmente ajustada a las capacidades y posibilidades de cada persona, lo cual suele diferir de los niveles habituales que rigen para todo el grupo de residentes. En general se precisa una mayor **ductilidad** en las exigencias del programa, de la normativa y del entorno de la persona con patología dual. Esto no debe confundirse con mayor permisividad. La mayor flexibilidad no tiene que suponer menor exigencia, sino que esta se debe conjugar, por un lado, con el tiempo exigido para el cambio de conducta,

actitud, etc., y por el otro, con más variedad de recursos educativos y de conducción de las personas con patología dual y del grupo por parte del equipo institucional.

5. El **grupo** como **factor de cambio.** En las CT, el grupo de residentes, además de representar un elemento importante de autoayuda y de vertebración de los diferentes aspectos a trabajar en las personas, se utiliza sobre todo como elemento de «presión» para el cambio. Es necesario que el equipo del centro consiga igualmente un ajuste de la intensidad del grupo como factor de cambio, sobre todo en los aspectos de «confrontación» y de la heteroexigencia entre los residentes.

La tabla I incorpora otros factores más concretos que frecuentemente deben modificarse o personalizarse en la atención y la intervención dirigidas a personas con patología dual en la CT.

TABLA I

Aspectos diferenciales de la aplicación de la metodología de la Comunidad Terapéutica para drogodependientes con personas con patología dual

Dimensión	Aspectos concretos	Énfasis en patología dual
1. Grupo como elemento de ayuda.	1. *Énfasis* en el grupo. *Presión* grupal para el cambio.	1. Grupo como elemento de socialización y ayuda.
2. Participación activa del paciente en su tratamiento.	2. Se *exige* y se promueve la participación activa.	2. Se *promueve* la participación activa.
3. Uso terapéutico y educativo de las responsabilidades.	3. *Énfasis* y *rotación* en las responsabilidades.	3. Responsabilidades como *refuerzo.*
4. Psicoterapia individual.	4. Normalmente, *sesión semanal* para todos.	4. Variable según necesidad del paciente.
5. Socioterapia y actividades educativas.	5. *Intensiva, sistemática* y *general.*	5. Sistemática e intensidad *ajustada a las necesidades* de cada caso.
6. Tutoría permanente.	6. Individual y *grupal* por *fases.*	6. Sobre todo *individual*, y por fases.
7. Tiempo de estancia.	7. *Predefinido* en el programa del centro.	7. En función de los *objetivos* y *evolución* de cada caso.
8. Exigencia.	8. Alta y *generalizada* para todos los residentes.	8. *Dúctil* y *ajustada* a las características y momento de cada residente.
9. Modalidad de actuación.	9. Preponderancia de la *socioterapia* y la *psicoterapia.*	9. Preponderancia de la *socioterapia, psicoterapia* y *tutorías* individuales.

ACERCA DEL EQUIPO ASISTENCIAL

Si bien la participación e implicación del equipo en los diferentes procesos de CT es fundamental para asegurar los resultados que se quieren conseguir, en la intervención con personas que aquejan patología dual es necesario todavía un mayor esfuerzo y una mayor movilización de los recursos personales del equipo para lograr la aplicación de los planes individualizados y comunitarios de tratamiento de este colectivo, así como su implicación y adherencia a los mismos.

Lo primero y más importante que el equipo tiene que proponerse es, las más de las veces, lograr que el residente consiga cambiar desde la actitud pasiva y «fatalista» con la que suele llegar al centro, ejemplificada con un discurso del tipo «soy un enfermo», hacia una actitud de «soy una persona *con* una enfermedad», lo cual significa un cambio hacia una actitud activa y con posibilidades para el aprendizaje social y la autonomía personal. Digamos, para concluir, que este es el desafío que debe afrontar el equipo de profesionales, pues es el primero que se va a encontrar a la hora de intervenir con personas que aquejan patología dual, y normalmente entrañará más dificultades.

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA EN PATOLOGÍA DUAL

PERE MARTÍ HERNÀNDEZ
Director médico de Associació Egueiro.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

La Asociación Egueiro, entidad privada sin ánimo de lucro, fue fundada en 1984 en la Rioja con la misión de abordar el tratamiento del drogodependiente en régimen de Comunidad Terapéutica. Años más tarde, se expandió a Cataluña, donde actualmente se halla su sede central. Egueiro trabaja conjuntamente con el *Departament de Benestar i Família* y el *Institut Català d'Assistència i Serveis Socials* (ICASS) y también con el *Departament de Justícia* y la *Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil,* todos ellos organismos de la administración catalana. Según esta, la red autonómica de atención a las drogodependencias (XAD), incluye las Comunidades Terapéuticas como recurso terapéutico específico de toxicomanías, siendo de tercer nivel. Es un modelo terapéutico que se halla fundamentado y validado científicamente desde hace años; seguidamente se mencionan sus características esenciales. También es importante señalar que no todos los centros residenciales para toxicómanos implementan el modelo de comunidad terapéutica para tratar a sus usuarios.

QUÉ ES LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En principio, la comunidad terapéutica es una forma de prestación de servicios de salud y de tratamiento que se complementa con la clínica tradicional. La comunidad terapéutica interviene en el proceso terapéutico de rehabilitación de drogodependientes siempre que se precisa una intervención amplia, intensiva, dilatada e integral sobre la conducta adictiva, hábitos relacionales y emocionales y demás problemas de comportamiento que por su magnitud y cronicidad resulte insuficiente el abordaje ambulatorio de los mismos. *La comunidad terapéutica puede definirse como un método de trabajo,* por lo que, como ya se ha dicho, no todos los recursos residenciales son comunidades terapéuticas. El método de trabajo definido como comunidad terapéutica es

una modalidad de atención y tratamiento profesional en aras de la deshabituación, rehabilitación e inclusión social de personas con conductas adictivas. Es importante, pues, velar por que el modelo de intervención comunitaria mantenga cohesión en su marco teórico e ideológico. Para ello se dispone de programas terapéuticos (drogas, alcohol, patología dual) y pisos de reinserción. En caso de medidas penales alternativas, el objetivo es compatibilizar la, en estos casos, necesaria existencia de criterios de seguridad con un tratamiento dirigido directamente a incidir en la drogodependencia en tanto es el origen de la problemática generadora de la situación que lleva a delinquir a la persona.

En esencia, la comunidad terapéutica es la *reproducción de un espacio social* construido con la finalidad terapéutica de proporcionar a sus internos un tratamiento, a la vez de tipo institucional y comunitario, orientado a la consecución del control y extinción de las conductas adictivas.

La demanda de ingreso se origina en los centros de atención y seguimiento (CAS) ambulatorios de drogodependencias. El perfil del paciente es el de una persona con criterios de dependencia a cualquier droga, que haya efectuado uno o varios intentos de deshabituación ambulatoria y que no consigue, por diferentes causas, la abstinencia de forma continuada. La persistencia del consumo le produce unos perjuicios personales, laborales, familiares, etc., hasta tal punto que se aconseja entonces un *período no breve de alejamiento de la droga* para así poder abordar terapéuticamente de forma global, biopsicosocial, a la persona.

A grandes rasgos, los **factores** del programa terapéutico en comunidad terapéutica son, en general, el ingreso y permanencia voluntarios, la ruptura temporal con el respectivo medio social (temporalidad del tratamiento comunitario), el alejamiento total de cualquier tipo de sustancia adictiva exceptuando tabaco, la participación efectiva del paciente en el propio tratamiento, la interacción continuada en grupo, la tutoría permanente por parte del equipo profesional, la psicoterapia individual, la frecuentación de grupos terapéuticos, educativos y de reflexión, y el proceso terapéutico dividido en fases, con lo que se hace posible evaluar la evolución del usuario.

La comunidad terapéutica nunca debiera entenderse como tratamiento total, capaz de cubrir todos y cada uno de los aspectos y necesidades del proceso terapéutico, amplio per se, de cuantos drogodependientes lo utilicen. Debe verse como *un recurso dentro del proceso de rehabilitación en su conjunto*. Por tanto, y acerca de la debatida «cuestión residencial», esta es desde luego muy importante, siendo central como herramienta de cambio, pero en una comunidad terapéutica profesional nunca debiera ser la finalidad en sí misma. Lo cual significa que los factores que a continuación se enumeran no definen la comunidad terapéutica aun siendo esta un centro de internamiento, ni tampoco configuran las metas del programa o de la permanencia de los usuarios en el centro.

O dicho de otra manera, la comunidad terapéutica no es exclusivamente un centro de contención física, ni de contención del consumo de tóxicos o de enfermedades. Tampoco es un lugar residencial alternativo para personas sin hogar. No es tampoco, exclusivamente, un centro ocupacional ni de formación laboral de sus residentes. No representa solamente un período temporal de «reparación» ni tampoco una respuesta a dificultades de los familiares del usuario. Ni tampoco es, en definitiva, un centro destinado a satisfacer meramente necesidades sociales de los usuarios.

Dicho esto deberían resultar más claros los auténticos **objetivos** de una Comunidad Terapéutica. El primero es facilitar un entorno adecuado tanto educativo como terapéutico, con el fin de poder aplicar un programa de tratamiento útil para quienes se hallan afectados por conductas adictivas y drogodependencias. Esto entraña facilitar la atención médica, farmacológica, psicológica y social que necesite el residente. Un segundo objetivo importante es potenciar actitudes favorables hacia la adquisición de hábitos de vida saludables que consoliden la abstinencia. Otra meta, la tercera, está en que la persona alcance mayor estabilidad emocional y un progresivo aumento de su autoestima. Adquirir o recuperar valores que faciliten la integración social es el siguiente objetivo no menos importante, como también lo es el quinto, la cooperación y coordinación con el resto de profesionales y dispositivos de la red asistencial y las organizaciones implicadas en programas similares orientados al tratamiento y reinserción social.

La comunidad terapéutica debe garantizar la atención profesional interdisciplinaria según **áreas de intervención:** educativa, psicológica, médica y social. Tiene que disponer también de un sistema de evaluación del proceso, requisito que hoy día cumplen las comunidades terapéuticas. Algunas distinguen dos **tipos de evaluación:** la del propio individuo y la del individuo dentro del grupo comunitario. La evaluación se realiza mediante indicadores que cuantifican objetivos, y en algunos casos también se utilizan indicadores cualitativos.

La **planificación de la intervención** se efectúa teniendo en cuenta que, en principio, todos los programas contemplan una planificación de la intervención según unas fases y una duración, a fin de conseguir el proceso de cambio personal. La programación de las actividades responde a objetivos y fines concretos, como son actividades socioeducativas, psicoterapéuticas, médico-sanitarias, ocupacionales-laborales, culturales, formativas y de ocio y tiempo libre. El **seguimiento** va a cargo del equipo mientras dura el proceso terapéutico, con reuniones periódicas de evaluación. Una vez el paciente es dado de alta, se procede a su **derivación** al centro de la red asistencial indicado.

UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL INTEGRANTE DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La Unidad de Patología Dual de la Asociación Egueiro en la Masia Santa Agnès, Tarragona, se creó en 2008 como dispositivo dotado de programas específicos destinados a dar respuesta grupal a problemas individuales. Desde los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias había, y sigue habiendo, demanda creciente de derivación a Comunidad Terapéutica por el aumento sostenido de trastornos mentales adictivos y no adictivos coincidentes en la misma persona. La duración aproximada de la **estancia** en la Unidad de Patología Dual de Egueiro es de 12 a 15 meses. Posteriormente se indica derivación a **pisos de reinserción** tanto de la propia organización como de otras entidades. Lo importante para el paciente es que la derivación sea adecuada y que pueda beneficiarse de recursos como el CAS, los Centros de Salud Mental de Adultos, los centros de día, trabajo protegido, y otros.

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS CON PATOLOGÍA DUAL

Los usuarios de Comunidad Terapéutica que aquejan patología dual se caracterizan por presentar poca conciencia de

trastorno mental adictivo y no adictivo, por ser pacientes muy institucionalizados, tener escasa capacidad de introspección, mostrar más dificultades de adaptación a cambios, a la convivencia, a la normativa... Presentan menos tolerancia a la frustración, más impaciencia ante el resto de residentes, y tienden a la pasividad, a tener poca autonomía ante las tareas y escasos recursos personales para afrontar situaciones nuevas. Muestran, en definitiva, poca motivación para cambiar de estilo de vida, escaso control de los impulsos, se pueden infligir autolesiones como forma de llamar la atención y no son infrecuentes los intentos de suicidio. Es una **problemática grave** que hace que los familiares se muestren agotados, incluso desestructurados y con más patología dual asociada. Son pacientes usualmente medicados con fármacos antipsicóticos, con los efectos adversos que se derivan: enlentecimiento mental y físico, aumento de peso, y otros. En estos casos *los pacientes suelen atribuir toda su enfermedad a la medicación*, por lo que aumenta su tendencia a abandonarla una vez estabilizados. Los usuarios con patología dual, en suma, muestran más dificultades en seguir el proceso de reinserción, su contexto familiar suele ofrecer escasa contención, y les resulta más difícil acceder a recursos externos de salud mental como puedan ser centros de día o de trabajo protegido.

DIFICULTADES DEL MODELO INTEGRADOR

En este modelo integrador, detectamos que se producían muchos problemas de convivencia y la solución final en casi todos ellos era que el paciente con patología dual era el perjudicado final, ya que ante sus dificultades de superar la problemática de la convivencia, abandonaba el recurso, mientras que los pacientes sin patología dual se enfrentaban mejor a las dificultades de la convivencia.

También hay que destacar que lo que la convivencia con pacientes con patología dual genera en Comunidad Terapéutica es lo mismo que genera en la población normal: miedo por sus reacciones a veces incontroladas, temor a convivir con la enfermedad mental, incomprensión, el grupo de iguales representado por la comunidad terapéutica no es de iguales con ellos, e incluso genera dificultades de tratamiento a los equipos terapéuticos, ya que necesitan medidas de abordaje diferentes, técnicas especiales, trato diferente, actividades diferentes, sanciones adecuadas... Y, a veces, los mismos equipos terapéuticos no están adaptados y preparados para dar respuesta a estas diferencias en un mismo centro.

Otro punto de adaptación de las Comunidades Terapéuticas con atención a la patología dual son las actividades ocupacionales. Si en general se favorecen acividades donde los usuarios puedan mostrarse activos, motivados, buscando actividades donde se trabaja la paciencia, la continuidad, la adaptación y superación ante el esfuerzo y la monotonía, los pacientes con patología dual muchas veces no toleran este tipo de actividades y necesitan propuestas más adaptadas a sus características tanto físicas —por su estado físico previo— como por el efecto de la medicación psicótropa. De ahí que las actividades para usuarios con patología dual deban conllevar un menor esfuerzo físico, ser más variadas y de menor duración y suponer un menor esfuerzo mental ante el aburrimiento y la monotonía.

En relación a la etapa aludida, en la que los usuarios con patología dual estuvieron integrados con usuarios sin patología dual, se vio que estos cambios en el abordaje de los pacientes con patología dual también generaban que la normati-

va del centro debía sufrir modificaciones. Y se detectó un aspecto también relevante: que estos cambios de normativa son muy difíciles de aplicar cuando en un centro conviven dos tipos de pacientes como los mencionados.

El papel de los educadores también es diferente, ya que la distribución de las responsabilidades dentro de la CT es una herramienta básica del funcionamiento y del tratamiento. El perfil del usuario con patología dual le hace más lento en la adquisición de responsabilidades, en el mantenimiento de las mismas y le convierte en más vulnerable ante la presión del grupo y el mantenimiento de dichos roles. Por eso estos pacientes con patología dual casi nunca llegaban a cumplir con sus responsabilidades más importantes, por lo que se desmoralizaban y provocaban la incomprensión del resto de usuarios. Estos pacientes con patología dual, en definitiva, también necesitan más control por parte de los educadores y durante un período más prolongado de tiempo.

Finalmente, la decisión de crear una Comunidad Terapéutica solo para patología dual también se vio favorecida por la disponibilidad de centros. Egueiro dispone de cuatro comunidades terapéuticas y, una vez estudiados los casos individualmente, observamos que teníamos y tenemos pacientes suficientes como para destinar un centro específicamente a la patología dual. En ausencia de esta disponibilidad seguramente hubiéramos optado por perfeccionar el modelo integrador.

MODELO ESPECIALIZADO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En la comunidad terapéutica, la presencia de patología dual o coincidencia de un diagnóstico de trastorno mental y de criterios de dependencia de alcohol y/o drogas debe enfocarse del siguiente modo: hay que partir de que las *dificultades diagnósticas* suelen ser la norma, con *largos recorridos por diferentes recursos de salud mental y de adicciones.* Incide también que los pacientes suelen ser inconstantes en sus visitas de seguimiento y especialmente la *falta de períodos prolongados de abstinencia.* Además, cada persona, es decir, cada enfermedad y cada drogodependencia tienen su evolución propia. Por parte de los profesionales debería hacerse un esfuerzo para evaluar mejor mediante diagnósticos adecuados, claros, entendibles y unificados según sea el estado mental del consumidor de drogas. En un mismo paciente suelen intervenir distintos profesionales en diversas etapas de su vida, y también suele suceder que según cada médico y según sea el consumo de drogas en cada etapa, se emitirán diagnósticos dispares.

Las consecuencias de todo ello en el abordaje terapéutico en comunidad terapéutica son relevantes: más dificultad en el proceso de adaptación, mayor tasa de abandonos en el primer mes de estancia, mayor incidencia de fugas y autolesiones, e importante en Comunidad Terapéutica, más *dificultad de conseguir el clima terapéutico óptimo.* Ello es así porque entonces cuesta bastante más que los nuevos ingresos se adapten, dado que quienes ya llevan tiempo residiendo no siempre se encuentran bien ni son siempre el motor de la comunidad terapéutica en su función de acompañar a los recién admitidos y dar ejemplo asumiendo responsabilidades y tomando decisiones adecuadas. El resultado es que el **proceso de reinserción** se vuelve más largo y complejo.

Para resolver el problema, lo que se ha hecho es afrontar una serie de adaptaciones del modelo comunitario a la patología dual. Pueden sintetizarse en que se mejora el acompañamiento de los recién ingresados, se dedican más intervencio-

nes por parte del equipo terapéutico (educador social), se readaptan las actividades ocupacionales, intentando que las actividades sean más variadas, de menor duración, con talleres de menor exigencia física. Esto conlleva aumentar las actividades grupales en aras de movilizar a los pacientes, con paseos, juegos y ejercicio físico. Y se instaura un período de descanso posprandial que no llega a siesta pero que se ve necesario para estos enfermos.

En términos del **plan terapéutico individualizado,** PTI, toda esta readaptación de objetivos se basa en reestructurar los que llamamos *de segunda fase* en objetivos *de primera fase,* prolongando la temporalidad para alcanzar metas y ajustar a la baja el nivel de exigencia de las responsabilidades. Han debido eliminarse objetivos de ámbito psicológico y de ocupación laboral y en contrapartida aumentar las oportunidades de control y adquisición de hábitos, horarios y medicación. Los grupos se dirigen básicamente y de forma específica a la concienciación de la enfermedad mental y de la necesidad de medicación.

PROGRAMA DE PATOLOGÍA DUAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Población destinataria

Usuarios con patología dual que requieran un ingreso a medio-largo plazo, para su estabilización y posterior derivación a recursos de reinserción adecuados.

Ejes básicos del programa

- *Psiquiatra:* diagnóstico y control de la enfermedad.
- *Medicación:* estabilización del enfermo.
- *Actividades:* ocio - tiempo libre - formación laboral - trabajo.
- *Relaciones:* familiares - pareja - amigos.

Los pacientes serán admitidos en el centro previo informe psiquiátrico y tras valoración de la idoneidad de su estado mental: abstinencia de drogas, estancia en unidad específica de diagnóstico y tratamiento, tiempo de estabilidad mental. Se trata de no caer en el error de convertirnos en un centro de tratamiento de crisis psiquiátricas o en un centro de diagnóstico y estabilización.

DINÁMICA DEL PROGRAMA

Temporalización del programa:

- Se unifican 1.ª y 2.ª fase en un solo centro.
- Tiempo de estancia: 12-15 meses.

La 3.ª fase se desarrollará en un recurso urbano en Valls (Tarragona), con la finalidad de buscar recursos externos a Egueiro donde se pueda realizar la reinserción de los pacientes cerca del entorno familiar y del hospital de referencia, fundamentalmente:

- Centros de día.
- Pisos tutelados.
- Pisos de reinserción.

OBJETIVOS GENERALES

El objetivo es que el usuario adquiera conciencia de su problemática y capacitarlo para el mantenimiento de la abstinencia y aceptación del trastorno mental. Inherente a ello es favorecer la reestructuración de hábitos y comportamientos

afectados por la drogodependencia, así como una capacitación para su posterior reinserción social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para los pacientes:

- Estimular la motivación, la adquisición de compromisos y aceptar el trabajo terapéutico.
- Concienciación de enfermedad.
- Valoración positiva de la abstinencia.
- Potenciar hábitos de vida saludable.
- Asumir responsabilidades.
- Aprendizaje de formas de utilización del tiempo libre.

Con las familias:

- Plan de prevención de recaídas para los pacientes y las familias.
- Intervención sobre las familias para que comprendan el problema y aprendan recursos de ayuda.

PROGRAMA TERAPÉUTICO. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa tendrá una duración aproximada de 12 a 15 meses, dependiendo de los casos, con la posterior derivación al lugar de origen o bien a un recurso de piso tutelado.

El Programa se dividirá en tres fases:

- ***1.ª fase,*** de acogida y estabilización, con una duración aproximada de tres a seis meses. Incluye las siguientes tareas:
  - Reafirmar y reajustar el diagnóstico y medicación del usuario.
  - Concienciación de la necesidad de medicación y su control.
  - Aceptación de la normativa.
  - Trabajar la motivación hacia el tratamiento.
  - Autocontrol.
  - Participación activa en la dinámica de centro.
  - Inicio del trabajo de ocio y actividades alternativas.

  No hay salidas del centro. Llamadas telefónicas desde la llegada, una vez a la semana.

  Salidas organizadas en grupo con el educador, opcionales.

  Visitas una vez al mes. Solo familia de origen.

- ***2.ª fase,*** de reestructuración de hábitos y cambios comportamentales, con una duración aproximada de seis a nueve meses. Incluye las siguientes tareas:
  - Mantenimiento y mejora de los objetivos de primera fase.
  - Adquisición de la rutina ocupacional.
  - Aprender nuevas formas de ocupar el tiempo libre.
  - Asunción de mayores responsabilidades.
  - Aprendizaje del manejo de dinero.
  - Prevención de recaídas.
  - Formación laboral si se cree necesario.
  - Salidas terapéuticas.
  - Iniciar el contacto con recursos asistenciales para la futura reinserción.

- ***3.ª fase,*** de piso de soporte a la reinserción, con una duración aproximada de seis a nueve meses.

FASE DE TRANSICIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CAMBIO

Dependiendo de cada caso y de la evolución del usuario, se puede hacer una derivación a un recurso cercano al lugar de referencia o el traslado a un piso de reinserción de nuestra institución. Esta fase será un puente entre el centro cerrado y la reinserción plena.

Desde segunda fase se empezará a planificar una posible reinserción del usuario, teniendo en cuenta sus circunstancias sociales y familiares. Esto conlleva contactar con recursos asistenciales para preparar la reinserción del paciente.

NORMAS DE RÉGIMEN INTERNO ADAPTADAS

- Permitir recibir *llamadas telefónicas de familias* desde su llegada, en función de la evolución del paciente, de su situación emocional y de la idoneidad del mensaje familiar.
- *Visitas familiares mensuales:* a ser posible en días entre semana para poder realizar un mejor contacto familiar y trabajar temas con la familia.
- *Controles de orina* tras visitas familiares, salidas, permisos, y en cualquier circunstancia que lo exija.
- *Uso de interdictores de alcohol* antes de salidas (Antabus).
- *Control estricto del tabaco:* un paquete al día. No permitir intercambios ni cesiones entre pacientes.
- *Control estricto del dinero* de compras personales.
- *Control estricto de la medicación:*
  - Administrar la medicación según presentación más controlable.
  - Asegurar que todas las tomas de medicación sean efectivas.
  - Mantener los horarios de medicación.
- *Fomentar el uso de infusiones* alternativas al uso de café: manzanilla, tila, poleo-menta...
- *Proteger a los pacientes de la auto y heteroagresividad:*
  - Asegurar la inaccesibilidad fuera de horas de actividad y ocio.
  - Controlar el uso y la devolución tras el uso de:
    - *a)* Herramientas cortantes y punzantes: sierras, hachas, formones...
    - *b)* Tijeras, cúters, cristales...
    - *c)* Cuchillos de cocina...

    Control de armarios y mesitas de noche para evitar tenencia de comida, bebida, dinero, medicación, objetos peligrosos...
- *Evitar el uso de sustancias susceptibles de toxicidad:*
  - Disolventes, barnices, colas de impacto, pinturas, vinagre, colutorios dentales, alcohol como desinfectante...
- *Controlar el uso de otras sustancias* también generadoras de posible uso tóxico:
  - Butano, cargas de mechero, sprays antidolor...
  - Levadura, colonias, desodorantes...

  Control estricto durante las visitas de familias para evitar la introducción en el centro de comida, medicación, bebidas alcohólicas y el abuso durante las comidas familiares de estimulantes como cocacolas y café.

ACTIVIDADES

- *Valorar estrictamente la idoneidad de las actividades* y el uso de determinadas herramientas en pacientes cuya medicación pueda suponer un riesgo de accidente:
  - Subirse a andamios, uso de herramientas y objetos punzantes y cortantes.
  - Uso de maquinaria en determinados talleres, cocina...
- *Fomentar nuevas actividades ocupacionales* adaptadas al perfil de estos pacientes: manualidades, artesanía, huerto, jardinería, cuidado de animales...
- *El contacto con animales* es un recurso terapéutico especialmente bueno para este tipo de pacientes: animales de granja, de compañía, pájaros, peces...
- *Dividir la actividad de cocina* en tres responsables diferentes:
  - Desayuno.
  - Almuerzo - comida.
  - Merienda - cena.
- *El ocio* de este tipo de pacientes con patología dual debe ser tutelado y/o marcado previamente, para asegurar su cumplimiento y aprovechamiento. Hay que prever y motivar actividades de ocio que sean distraídas, atractivas y variadas. También es muy importante mantener el control durante la actividad del ocio, ya que estos pacientes tienden a la dispersión, a la somnolencia si están solos, y al aburrimiento.
- *Las actividades físicas y deportivas al aire libre* son especialmente interesantes como complemento del resto de actividades ocupacionales: gimnasia, caminar, correr...

ABRIÉNDONOS A LA DIFERENCIA

MANU IZQUIERDO
Director del Centro de Día, Fundación Salud y Comunidad. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

INTRODUCCIÓN

Este trabajo resulta de mi experiencia en la Fundación Salud y Comunidad, organización del tercer sector, sin ánimo de lucro, de ámbito estatal y con proyección internacional. Cuenta con una sólida y amplia experiencia en el fomento, creación y gestión de servicios de calidad destinados al tratamiento, prevención y sensibilización sobre diversas problemáticas sociales y sanitarias. Actualmente gestiona más de 70 proyectos y servicios en Madrid, Valencia, Cataluña, Baleares, Aragón, País Vasco, Castilla-La Mancha y La Cabilia (Argelia), con más de 70.000 personas beneficiarias directas y unas 260.000 beneficiarias indirectas, gracias al trabajo de más de 1.400 profesionales y al apoyo de más de 300 personas voluntarias.

Mi trayectoria profesional se sitúa en el ámbito de las adicciones y la salud mental con colectivos en riesgo de exclusión social. Fundación Salud y Comunidad gestiona numerosos proyectos tanto en el interior de las prisiones como en el medio abierto. Posee una amplia trayectoria en el ámbito de las adicciones y más recientemente en el ámbito de la salud mental. Cuenta con el apoyo de las diferentes administraciones a nivel estatal, autonómico y local, así como el reconocimiento dentro del tercer sector.

Me parece importante resaltar que el proyecto del Centro de Día se encuentra ubicado en el Área de Inserción Social y VIH/SIDA y reducción de daños de la Fundación Salud y Comunidad. Si bien cada proyecto del área posee su propia particularidad, existen unos valores comunes, que configuran lo que llamamos la política de calidad. Dicha política de calidad consiste en:

- Hacer de la *transparencia* una utilización técnica e intencional, ya que desde esta se posibilita el intercambio real, fluido y honesto de las diferentes informaciones que se generen, posibilitando la gestión eficaz de las mismas.
- *Formación permanente, deseo de saber y trabajo en equipo* que permiten hacer de la dinámica de cambio un

instrumento integrador de la flexibilidad y la adaptabilidad respecto a la función profesional.

– Atender lo *particular* de cada una de las personas y situaciones para articularlo con lo general más inmediato.

– El *principio de autoridad* debe fundamentarse desde el principio de saber.

– La *responsabilidad compartida* como pivote metodológico sobre el que gira la posibilidad de obtener satisfacción por parte de los profesionales, usuarios y clientes.

– El *conflicto* tomado como *oportunidad* para el aprendizaje y crecimiento profesional.

Los valores que acabo de nombrar orientan a modo de brújula a los profesionales del área. Esta orientación facilita la consecución de los objetivos y fundamentalmente favorece que los técnicos podamos ser más permeables y acogedores con la diferencia. En este punto, donde quiero poner el énfasis de mi exposición, es en *la posibilidad de atender a personas procedentes del ámbito de la patología dual desde una posición más abierta y flexible*.

Para desarrollar esta idea considero necesario hacer un recorrido, a modo de viaje, por algunos de los elementos que bajo nuestro punto de vista configuran la acción social con hombres y mujeres procedentes del ámbito de la patología dual.

Las coordenadas para posibilitar este recorrido son tres:

1. La institución como ente permeable que debe adaptarse a la realidad cambiante.

2. Los profesionales en tanto que activos, responsables, en formación continua y flexibles para integrar lo «particular» del otro.

3. El sujeto dual como sujeto con derechos y deberes y no como «sujeto etiqueta».

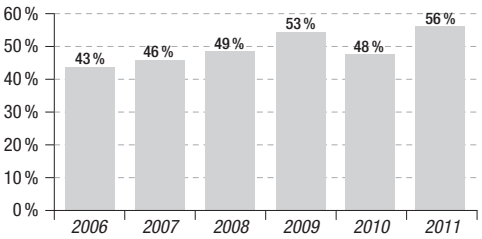
LA INSTITUCIÓN: ¿RENOVARSE O...?

Mi experiencia profesional se remonta doce años atrás, en uno de los proyectos que la Fundación Salud y Comunidad gestiona en la localidad de Hospitalet de Llobregat en el área de Barcelona. Concretamente se trata del Centro de Día para drogodependientes. Hablamos de un dispositivo insertado en la red de atención a drogodependientes, XAD en siglas catalanas, y que atiende desde hace más de veintitrés años a un importante volumen de personas provenientes de distintos ámbitos: recursos de la red de atención a drogodependientes, la red de salud mental, de ejecución penal, servicios sociales, recursos privados, etc. Desde 1989, momento en el que se inicia la experiencia, se han atendido más de 1.800 casos.

Si algo he de destacar de estos diez años de experiencia en el Centro de Día es que detrás de cada una de esas personas atendidas existe una particularidad y una modalidad de síntoma, síntoma que sin duda lo hace diferente al otro. Es así

GRÁFICO I

Pacientes con patología dual en Centro de Día



Fuente: Fundación Salud y Comunidad.

como la patología dual nos introduce la idea de lo distinto, de la diferencia.

A continuación, el gráfico I muestra la evolución de la patología dual en el Centro de Día de la Fundación Salud y Comunidad en la ciudad de l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), desde el año 2006 hasta el 2011.

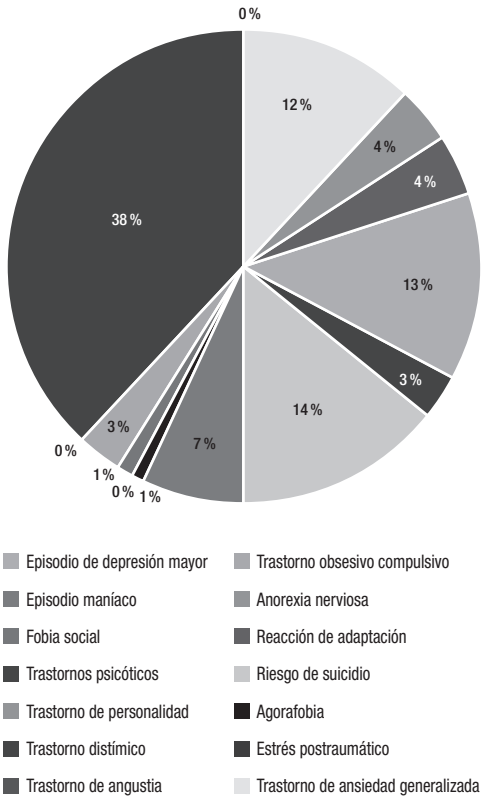
Como podemos observar en el gráfico I, la evolución de pacientes con patología dual que realizan tratamiento en el Centro de Día de la Fundación Salud y Comunidad desde 2006 hasta 2011 es notablemente ascendente, superando en los últimos años el 50 % de los casos totales atendidos. De hecho, en el primer semestre del 2012 hemos observado un aumento significativo en la atención de casos con un diagnóstico dual, alcanzando un 62 %. En el gráfico I no se contemplan los pacientes que si bien carecen de diagnóstico dual poseen características que podrían propiciar este diagnóstico en un futuro.

Otro dato relevante sobre los pacientes atendidos en nuestro servicio es el diagnóstico de trastorno mental que presentan. El gráfico II ilustra el diagnóstico de trastorno mental en la población atendida, con un 38 % de trastornos psicóticos, 14 % con riesgo de suicidio, 13 % con depresión mayor, 12 % con ansiedad generalizada, 7 % con episodio maníaco, 4 % con reacciones de adaptación y otros tantos con trastorno de la personalidad, 3 % con trastorno obsesivo compulsivo y 1 % con fobia social.

Si analizamos la información que se desprende de los gráficos I y II podemos constatar la importancia y presencia que la patología dual tiene en nuestros servicios. Es por ello que resulta de vital importancia que tanto instituciones como profesionales seamos capaces de integrar las particularidades que presentan estas personas. En este sentido, Fundación Salud y Comunidad ha diseñado y puesto en

GRÁFICO II

Diagnóstico de trastorno mental en la población dual atendida



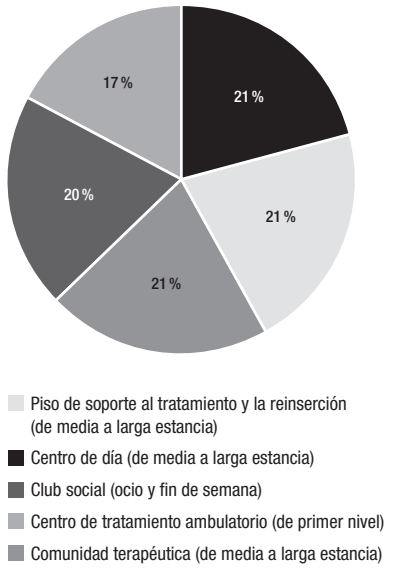
marcha en los últimos años una cartera de servicios que permiten atender a un perfil de usuario que requiere, por un lado, una atención particular así como dotarse de herramientas flexibles e inclusivas hacia la diferencia. Más concretamente, me refiero a dispositivos como el Servicio Tutelar «Contigo», el Club Social «Relaciónate» y el Servicio de Orientación e Información (SOI). Estos tres servicios atienden a perfiles provenientes de la salud mental y las adicciones que requieren un abordaje muy particular y especializado. Hablamos en muchos casos de personas que incluso necesitan ser incapacitadas judicialmente para que un «otro»

institucional haga de freno y favorezca que el sujeto pueda experimentar con el límite. La apertura de servicios como los mencionados suponen un claro ejemplo de cómo entidades y profesionales debemos *abrirnos a la diferencia* con la finalidad de ajustar nuestras acciones profesionales a los perfiles que llegan a nuestros servicios, evitando repetir la exclusión en dichos sujetos.

En el gráfico III que aparece a continuación, se pueden observar los resultados de un estudio que realizamos en 2009. A partir de dicho estudio pudimos realizar una prospección tanto de las necesidades que existían a nivel de red, cuanto de itinerarios y recursos que mejor se adaptan al trabajo con pacientes duales. Como podemos apreciar, los recursos más demandados fueron las Comunidades Terapéuticas (de media a larga estancia), los Pisos de Apoyo al Tratamiento y la Reinserción (de media a larga estancia) y los Centros de Día (de media a larga estancia), todos ellos con un 21 %; en cuarto lugar, con un 20 %, los Clubes Sociales (ocio y fines de semana); y en quinto lugar centros de tratamiento ambulatorio (de primer nivel), con un 17 %.

GRÁFICO III

Tipos de recursos psicosociales que necesita la población dual



Llegados a este punto, me centraré en el servicio del Centro de Día. Se trata de un proyecto con una amplia trayectoria en el ámbito de las drogodependencias y que se define por ser uno de los primeros dispositivos de estas características (modalidad urbana) que viene trabajando con población drogodependiente. Como todos sabemos, esta población posee unas características muy particulares. En cuanto a la imagen social, generan controversia y debate. Debemos tener en cuenta que se trata de un dispositivo insertado en el centro de una localidad de aproximadamente 270.000 habitantes. Sabemos que en parte de la población puede generar temor, inseguridad e incluso la aparición del fenómeno sociológico «debajo de mi casa, no». Es una parte de la población que evidencia no querer compartir espacio ni comunidad con un centro de atención a drogodependientes.

Afortunadamente, todos estos fenómenos no solamente no se han producido, sino que en nuestro caso la integración en el entorno se ha convertido en un rasgo diferencial que le confiere valor añadido. El Centro de Día se encuentra insertado en la comunidad y optimiza su localización geográfica al máximo, proporcionando a las personas que atendemos un enclave idóneo que permite al sujeto aproximarse a lo social favoreciendo su promoción, misión que por otra parte persigue el dispositivo. El Centro de Día comparte espacio urbano con un colegio público, numerosos comercios y espacios de ocio, aspectos todos ellos que reflejan una manera de entender la acción social.

Hablaré a continuación de las coordenadas que definen el proyecto, pues permitirá entender lo característico de nuestra intervención. En primer lugar, destacaremos que el Centro de Día es un ordenamiento institucional y eso comporta una estructura definida en la que encontramos criterios de admisión, normativa, itinerarios, etc. No obstante, se hace necesario que esta estructura sea firme pero no rígida y pueda tener en cuenta y acoger la particularidad de cada uno de los sujetos que, como más adelante podremos observar, se muestra cada vez más heterogénea. La adaptación a los nuevos cambios, la flexibilidad y el trabajo del caso por caso son algunos de los valores que definen nuestro modelo de institución.

Me parece necesario realizar una parada en este recorrido con el fin de reflexionar sobre cómo estos valores se concretan en la práctica. El primero de ellos es el referido a la capacidad de la institución para *adaptarse* al cambio. Estamos en una sociedad de cambio, cambio que por otro lado no todos los ciudadanos son capaces de integrar de la misma forma. Destacaría, por ejemplo, el concepto de brecha digital difundido por Manuel Castells en, entre otras publicaciones, «El poder tiene miedo de Internet», entrevista publicada el 6/1/2008 en el diario *El País*. Este conocido sociólogo señala que el factor de exclusión más importante es y será el acceso al trabajo y a la carrera profesional. Pero como factor de exclusión anterior podemos poner en lugar preferente el nivel educativo, porque con formación insuficiente la tecnología podría no ser utilizada de forma correcta. En la sociedad de internet lo complicado no es saber navegar, sino saber a dónde ir, dónde buscar lo que se quiere encontrar y qué hacer con lo que se encuentra. Para ello se requiere una formación previa. En realidad, internet amplifica la brecha social más vieja de la historia, que tiene que ver con el nivel educativo. En el caso de los sujetos que atendemos en el Centro de Día, la hipótesis de Castells es fácilmente observable. Muchos de ellos, aparentemente insertos en el mundo de internet, son capaces de abrir su propio correo, incluso el navegador, pero ¿qué ocurre cuando llega el momento de elegir qué uso hacer del mismo? Si hacemos el ejercicio de trasladar esta misma pregunta al ámbito social, es decir, al momento en que un sujeto sale de prisión y llega al Centro de Día u otro dispositivo de inserción, cuando se le pregunta acerca de lo que quiere, observamos entonces una escena similar. Podemos encontrar un sujeto que se angustia, que tiene su deseo reprimido y que retorna al consumo de drogas como única fuente de placer inmediato. Entendemos que existe una dificultad por parte del sujeto para adaptarse a los cambios. Y si además estos cambios llegan a su vida diez años después que al resto debido al cumplimiento de una condena y/o porque lleva abusando de las drogas en los últimos veinte años de su vida, corresponde a la institución y a los profesionales que trabajan en ella el poder ofrecer herramientas que amortigüen al máximo el tránsito por lo social.

En segundo lugar, vemos la necesidad de hacer de la *flexibilidad* un instrumento metodológico. Alineado con el primero de nuestros valores, entendemos que para poder hacer menos angustiante el tránsito por lo social del que hablaba anteriormente, se hace necesario poder acoger las distintas diferencias que cada sujeto presenta. En la actualidad, en el ámbito de las adicciones, podemos observar cómo convergen distintas realidades y perfiles variados: usuarios provenientes del ámbito de la salud mental y por tanto personas muy institucionalizadas, sujetos en mantenimiento con metadona y/o distintos tratamientos farmacológicos y con una escasa o nula red familiar y social, sujetos,

en definitiva, que presentan demandas muy heterogéneas entre sí. Para poder trabajar con tanta heterogeneidad y poder hacerlo además sin perder calidad en nuestra intervención, se hace necesario que la institución favorezca la flexibilidad así como la agilidad en el proceso de acogida de nuevos perfiles.

Del lado del equipo profesional, la institución debiera promover la formación continua, la supervisión y, en definitiva, el acompañamiento en la tarea profesional con el fin de evitar procesos de *burnout* en los distintos equipos. Del lado de los sujetos que atendemos, debemos tener en cuenta que en muchos de ellos el paso por la institución y el ser atendido por un nuevo profesional se convierte en un acto repetitivo en su historia personal. Por ello se hace necesario propiciar que su estancia en la institución se transforme en algo diferente. La oferta de servicios debe comenzar por otorgar a estas personas un lugar donde se vea reconocida su subjetividad y su condición de ciudadanos, portadores de derechos y deberes. En primera instancia, se procura por tanto un lugar para la elección del sujeto ubicando la responsabilidad del mismo en el núcleo del proceso. La función del profesional consiste en garantizar las condiciones y favorecer una orientación en este tránsito. Se trata de un acompañamiento en el proceso. Por último, se hace necesario que el sujeto pueda experimentar durante todo el proceso lo que significa el límite. Es importante que los sujetos puedan asociar el límite al cuidado a la propia persona, a la salud, etc.

Por último, tomaré el tercer valor definitorio de nuestra intervención, el *trabajo del caso por caso*. Este valor se halla presente en todo el itinerario que el sujeto realiza en el Centro de Día. Desde el momento que una persona realiza la entrevista de admisión, debemos proporcionar espacios para la escucha y la palabra. No podemos olvidar que estamos tratando a personas que, en muchas ocasiones, han sufrido procesos de estigmatización y exclusión a lo largo de su historia y que el paso por diferentes instituciones no ha hecho más que agravar dichos procesos, favoreciendo el fenómeno de la institucionalización. Para que sea posible el cambio se hace necesario, por lo tanto, ofrecer un lugar distinto que favorezca que el sujeto se sienta diferente y pueda comenzar a plantearse este proceso.

Los diferentes lugares y espacios que se proporcionan desde el Centro de Día son espacios de confidencialidad y respeto. Esto no debe significar que la institución esté preparada para gestionar situaciones de conflicto, agresividad y falta de deseo que sin duda aparecen a modo de repetición en muchos de los sujetos que atendemos.

LOS PROFESIONALES: AGENTES SOCIALES QUE ACOMPAÑAN Y ORIENTAN AL SUJETO DUAL

En relación a los profesionales, considero necesario hablar de un elemento imprescindible para que se pueda dar el vínculo educativo y, por lo tanto, para que la relación terapéutica pueda darse. Este elemento es el *deseo*. Nos dice Ana Canedo en «El educador y su deseo» (Barcelona, Revista Dossier; 2000):

> *El acto educativo no es solo una transmisión de valores o informaciones, está en juego la transmisión de un deseo. Esto supone un deseo previo en el profesional, condición necesaria para que el proceso se ponga en marcha. Pero ¿de qué deseo se trata?, ¿qué condiciones requiere ese deseo para poder sacar algún provecho de la experiencia?*

Educar implica algo más que una pura *transmisión de conocimientos*. El acto

educativo persigue la socialización de los individuos respetando, eso sí, la particularidad de cada uno de ellos. El acto educativo conlleva una estructura basada en dos términos. Por un lado el profesional, que a partir de un *deseo previo* instrumentaliza un saber —más allá de los contenidos— para causar el deseo de aprender en los sujetos. Por otro lado, el paciente y/o usuario, que puede consentir o no la oferta que se le brinda. Este segundo aspecto, el *consentimiento* del propio sujeto, merece una especial mención. El sujeto debe poder otorgar un reconocimiento al agente. Si no le reconoce en su autoridad se hace imposible el acto educativo. Este consentimiento marcará la propia responsabilidad del sujeto frente al aprendizaje. En este proceso resultante del acto educativo se hace necesaria la herramienta de la *supervisión.* Ya sea a nivel individual o desde la dimensión del equipo, la supervisión se hace fundamental en nuestro día a día.

El momento social de época en la que nos encontramos provoca que aparezcan nuevas situaciones, retos y fenómenos sociales en las diferentes instituciones u organizaciones. Son las instituciones y organizaciones, así como los profesionales que las configuramos, las que deben poder leer e interpretar las nuevas modalidades de síntoma que aparecen en el día a día. Estas situaciones conllevan una renovación constante en los saberes de las figuras profesionales así como una revisión en los modelos teóricos de las organizaciones. Por ello considero de vital importancia habilitar, en las diferentes instituciones, espacios técnicos donde poder arrojar nuestros miedos, nuestras preguntas y, en definitiva, cualquier cuestión que genere resistencia en los sujetos que atendemos, con el fin de prevenir actuaciones que incluso puedan dañar a las personas que atendemos.

Otro elemento que se hace imprescindible en este catálogo profesional es la *formación continuada.* Lo hablamos al principio de este artículo: la formación permanente de los profesionales tiene relación directa con una posición no solo ante lo profesional sino también ante la vida. La formación permanente —tanto la interna como la externa a la entidad— ya no debe ser considerada una posibilidad, sino una necesidad que nos permita integrar y compartir saber y conocimiento, aspectos vitales en la praxis profesional. El *deseo de saber* debe transformarse en una competencia a tener en cuenta en los procesos de selección de las organizaciones y que dote a los equipos profesionales de la calidad que merecen nuestros principales clientes: las personas.

Por último, el trabajo en equipo como herramienta que nos permite acompañar y ser acompañado, y que es lo que permite ofrecer un trabajo eficaz y eficiente. Para enmarcar esta última cuestión traduciré la siguiente cita de Anna Forés y Montserrat Vallvé (Quan la didàctica porta el nom d'educació social. Barcelona, Fundació Pere Tarrés; 2002):

> *El viaje educativo no lo hacemos solos, siempre tenemos compañeros de viaje que nos acompañan y que acompañamos, con los que establecemos vínculos, relaciones profesionales y otras más personales. Compañeros de viaje que nos interpelan, que nos ayudan, que nos agotan...*

Como conclusión de este segundo apartado destaco la siguiente reflexión de Sonia Fuertes Ledesma, subdirectora del área de reducción del daño, inserción social y VIH/SIDA de la Fundación Salud y Comunidad (Las dinámicas de grupo y el trabajo en equipo, 1996):

> *El trabajo en equipo supone un estilo, una manera de relacionarse y de impli-*

carse en la realización de las tareas y en la consecución de los objetivos comunes.

EL SUJETO DUAL, VERDADERO PROTAGONISTA EN LOS ITINERARIOS

Comenzaré este tercer y último apartado diferenciando los *distintos momentos* vividos en el Centro de Día, en lo que a características de la población se refiere en los últimos veinte años.

En un primer momento, las características que compartían la mayoría de las personas que acudían a programa consistían en su adicción a la heroína y la existencia de un cierto soporte familiar y/o social. Fue la época en la que el tratamiento con agonistas o antagonistas o incluso la estancia en prisión imposibilitaban la admisión a un dispositivo como el nuestro. A lo largo de un proceso progresivo, probablemente conocido por todos, la oferta asistencial se fue ampliando y los programas empezaron a contemplar modalidades de tratamiento más flexibles e inclusivas. El Centro de Día no es ajeno a esta realidad, favoreciendo en su *cartera de servicios* distintas respuestas que acompañan los *diversos cambios*. El siguiente hecho destacable fue el aumento de consumidores de cocaína y la concomitancia de otros trastornos asociados. Este momento coincide con una brecha entre la red de salud mental y la red de drogodependencias.

Hoy sin embargo, nos encontramos compartiendo jornadas y congresos donde ambas redes intentan engranarse y donde el entendimiento se hace necesario con tal de ofrecer carteras de servicios cada vez más amplias y completas, capaces de atender a esa diferencia, que en etapas anteriores nadie quería/podía/sabía atender. Si bien esta concomitancia de trastornos mentales y consumo de drogas no es un fenómeno nuevo, podemos afirmar que en la actualidad son más numerosos y complejos los casos, así como las situaciones que se nos presentan. Esto nos obliga a personalizar mucho más los tratamientos, pero también a acoger demandas y personas cada vez más heterogéneas y que presentan particularidades que requieren una intervención cada vez más particular e individualizada. Se trata, además, de sujetos que no cumplen criterios de admisión para muchos programas.

Este momento encuentra su expresión en la saturación de los diferentes dispositivos, impelidos a trabajar bajo la urgencia y con recursos claramente insuficientes: listas de espera, sujetos que no cumplen los requisitos o vulneran la normativa institucional a la primera de cambio... En ocasiones, puede resultar difícil favorecer la apertura de espacios para la supervisión y el aprendizaje compartido. Llegados a este punto, se hace necesaria una mínima reflexión sobre aquellas características del momento actual que pueden guardar relación no solo con el consumo excesivo de sustancias sino también con las instituciones. Probablemente de lo anterior se deriva la responsabilidad ineludible de repensar nuestras actuaciones en sentido amplio, poniendo especial énfasis en la necesidad de ser más permeables para poder acoger la diferencia. Entendemos que este acto de permeabilidad es el que puede permitirnos avanzar hacia el futuro garantizando la adaptabilidad a los nuevos síntomas.

PISOS DE REINSERCIÓN: AFRONTEMOS LA REALIDAD

MARIE-ANNE AIMÉE
Trabajadora social. Directora técnica de Associació Social Forma 21.

Recepción: 02-06-2013 / Aceptación: 25-07-2013

Cuando entramos en la web del *Departament de Salut* y buscamos la red de salud mental, nos encontramos con la información y las definiciones siguientes:

Atención a la salud mental y adicciones

Los diferentes recursos y servicios especializados de atención a la salud mental y adicciones se organizan en base a un territorio definido e interactúan entre ellos para garantizar la continuidad asistencial.

1. ***Centros de salud mental*** (atención especializada ambulatoria de apoyo a la atención primaria de salud).

   La atención primaria de salud es la pieza clave en la detección precoz y la atención de los problemas de salud mental normalmente más leves, como la ansiedad y la depresión. Un equipo de profesionales especialistas en salud mental se integran en los centros de atención primaria (CAP) de salud y dan apoyo a sus equipos. Las personas con trastornos mentales más graves se derivan desde la atención primaria a los equipos especializados de los centros de salud mental. En función de la edad de la población atendida, hay centros de salud mental para niños y adolescentes hasta los 18 años, denominados *centros de salud mental infantojuvenil,* y los centros de salud mental de adultos para los mayores de edad. Aunque pueden estar situados en un mismo emplazamiento, los equipos asistenciales son diferentes.

2. ***Atención hospitalaria.***

   Los servicios de hospitalización psiquiátrica son un conjunto de dispositivos de diversa naturaleza que atienden a las personas con enfermedad mental o adicciones, en situación de crisis o desestabilización psicopatológica grave y que requieren atención intensiva y continuada en régimen de internamiento total (durante las 24 horas) o parcial (internamiento diurno). Los servicios de hospitalización psiquiátrica pueden estar ubicados en hospitales generales, centros sociosanitarios autorizados para el internamiento psiquiátrico, o en centros monográficos. Estas unidades cuentan con recursos para atender las ur-

gencias psiquiátricas, hospitalización de pacientes en fase aguda y pacientes crónicos o de larga evolución (unidades de media y larga estancia).

Al igual que en los centros de salud mental, se dividen en centros para menores de edad y adultos. También existen dispositivos específicos para la hospitalización de pacientes que presentan patología dual (coincidencia de trastornos mentales y adicciones o comorbilidad con discapacidad intelectual).

3. ***Servicios de rehabilitación comunitaria (centros de día).***

Los centros de día de atención a la salud mental son espacios relacionales y terapéuticos que permiten que sus usuarios continúen integrados en su medio sociofamiliar. Están dirigidos a la rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental severo o grave, con un cierto grado de autonomía y estabilidad en su enfermedad, y que no presentan situaciones de descompensación aguda. También prestan apoyo psicosocial y psicoeducativo a las familias. Se encargan sobre todo de la rehabilitación de las capacidades personales y habilidades sociales de los pacientes con trastornos mentales y discapacidad funcional, con el objetivo de promover la máxima autonomía y favorecer su reinserción social y laboral. Los centros de día de salud mental van dirigidos a la población adulta. Su equivalente para la población infantil y juvenil son los centros de educación especial.

4. ***Atención a drogodependencias.***

En este apartado, el *Departament de Salut* nos ofrece dos vías de atención: servicio de atención telefónica e información tanto a las personas con problemas derivados del abuso de alcohol y otras drogas como a sus familias a través del servicio de atención telefónica 'línea verde'.

Si dirigimos nuestra búsqueda a la red de drogodependencias, nos encontramos lo siguiente:

Atención a las drogodependencias

– ***Centros de atención y seguimiento (CAS) de drogodependencias.***

La red de atención a las drogodependencias (XAD en siglas catalanas) dispone de centros de atención y seguimiento que ofrecen tratamiento ambulatorio especializado a los drogodependientes. Los CAS están integrados por equipos de profesionales de diversas disciplinas (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, diplomados en enfermería, etc.). Estos profesionales diseñan en cada caso y de acuerdo con la persona que necesita este tipo de atención, la modalidad de tratamiento más indicado, así como la conveniencia de utilizar otros recursos de la XAD como las Comunidades Terapéuticas o las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD). Los CAS pueden ofrecer diferentes modalidades de tratamiento: tratamientos libres de drogas, programas de mantenimiento con metadona, programas de mantenimiento con antagonistas, etc. También nos encontramos con recursos específicos para la atención a las drogodependencias en las consultas externas hospitalarias y en los centros de salud mental.

Como se puede comprobar, los Pisos de Reinserción no aparecen citados en ninguna de las dos redes, aunque bien es cierto que cuando buscamos en la cartera de servicios del *Departament de Benestar Social* aparecen descritos de la siguiente manera: Servicios de Hogar con Apoyo *(Serveis de Llar amb Suport)*. Este servicio de atención residencial, que

se coordina con el *Departament de Salut,* da soporte a los procesos de rehabilitación y de inserción social de las personas drogodependientes. Se aborda la atención integral de las personas mediante planes individuales de tratamiento con diferentes grados de intensidad, según la situación de las personas usuarias.

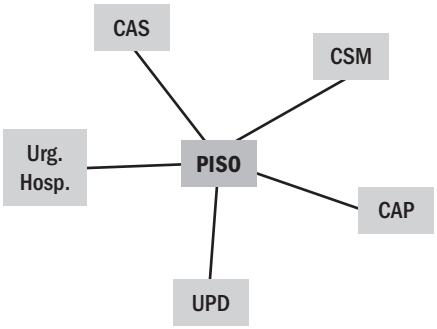
Si atendemos a la literalidad de esta definición, podemos afirmar que sí que es cierto que existe una coordinación con el *Departament de Salut* a través de los CAS, las Unidades de Patología Dual (UPD), las urgencias psiquiátricas hospitalarias, los CSM y los CAP, pero —añadimos nosotros— esta es una coordinación totalmente insuficiente para dar respuesta a las necesidades de nuestros usuarios.

COORDINACIÓN DESDE LOS PISOS DE REINSERCIÓN

La figura 1 ilustra cómo los pisos de reinserción se coordinan con diferentes dispositivos, principalmente los centros de atención y seguimiento (CAS) de drogodependencias, los centros de salud mental (CSM) de adultos, centros de atención primaria (CAP), unidades de patología dual (UPD) y urgencias hospitalarias.

FIGURA 1

Coordinación de los pisos de reinserción con diferentes dispositivos



Los pisos de reinserción, en tanto que servicios de hogar con apoyo *(serveis de llar amb suport)* —así es como se nos denomina—, constituyen un recurso puramente social y, por tanto, no estamos ni siquiera registrados en el *Departament de Salut.* Y sin embargo, trabajamos con pacientes psiquiátricos y lo hacemos sin ningún tipo de soporte médico ni psicológico en el recurso. Hoy por hoy existen en estos recursos de hogar con apoyo *(llar amb suport)* serias carencias a nivel psicológico y psiquiátrico. No se contempla por parte del *Departament de Benestar social* que se deba contar con la figura del psicólogo en este tipo de recursos, ya que se supone que se ha de acudir al profesional del CAS. Pero dado el bloqueo emocional que presentan la mayoría de nuestros usuarios en ese momento del tratamiento, a nuestro juicio se hace imprescindible disponer de un psicólogo en plantilla para poder realizar un seguimiento psicológico más frecuente e intenso.

¿QUIÉNES SOMOS, QUÉ HACEMOS, CÓMO LO HACEMOS?

El Piso de Reinserción es un servicio residencial en régimen abierto y de estancia limitada, para personas drogodependientes. Está concebido como dispositivo orientado a facilitar a los usuarios un espacio de convivencia adecuado donde abordar los aspectos relacionados con la adicción: potenciar la consolidación de hábitos de convivencia y habilidades sociales dirigidos a conseguir el mayor grado posible de autonomía personal, así como la capacidad de adaptación y manejo de su entorno. Con el tratamiento en piso se pretende intervenir sobre los ele-

mentos necesarios para que la persona pueda consolidarse en su desarrollo personal (hábitos, estrategias y habilidades personales, aprendizaje de conductas cotidianas...), a la vez que va consolidando su plan de futuro y se hace realidad su autonomía.

El recurso está situado en un entorno comunitario para favorecer la total integración social de los usuarios.

Muchas personas con conducta adictiva necesitan «romper» con el entorno y círculos sociales anteriores al inicio del tratamiento, y/o necesitan un apoyo profesional en un medio normalizado para su reinserción. El Piso de Reinserción sirve para consolidar los cambios personales iniciados en las etapas de tratamiento anteriores. Los usuarios precisan un recurso que les ofrezca las herramientas y estrategias necesarias para lograr los aprendizajes que les permitan la autogestión, integración y desarrollo en el entorno, en aras de la mayor autonomía posible.

Este recurso ofrece:

- Unas condiciones de vida normalizadas en medio urbano.
- Un marco físico de relación cotidiana.
- Pautas socialmente ajustadas de convivencia.
- Participación en la comunidad a la que pertenece, el barrio.
- Un apoyo donde conseguir un cambio cualitativo de las relaciones familiares.

El Piso de Reinserción tiene que servir como recurso donde consolidar los aprendizajes logrados durante el tratamiento de deshabituación y rehabilitación, ya sea en Comunidad Terapéutica o a nivel ambulatorio. Contar con un piso de reinserción es contar con un recurso inmerso en el casco urbano y en el que se pueden trabajar todos los aspectos que conforman un estilo de vida saludable y autónomo: inserción ocupacional, gestión del tiempo libre, creación de relaciones interpersonales y red social, gestión doméstica y económica, etc.

AFRONTANDO LA REALIDAD COTIDIANA DE LOS PISOS DE REINSERCIÓN

Las dificultades básicas que nos encontramos en los Pisos de Reinserción son principalmente las siguientes. En primer lugar, las dificultades de interacción con la propia red de atención a drogodependencias a la que se supone que pertenecemos. Vamos a describirlas.

Nos encontramos que las visitas al psicólogo del CAS tienen, como mucho, una periodicidad de una vez al mes, a causa de que estos ambulatorios están excesivamente masificados y sus profesionales no dan abasto. Esto implica que no se pueda trabajar correctamente todo lo que le angustia al consumidor de drogas y contribuye a que su bloqueo emocional no pueda resolverse. De otra parte, tenemos también dificultad a la hora de derivar a un usuario que se está descompensando, ya que no existe ningún mecanismo previsto para urgencias de este tipo. En cualquier caso, la cita con el psiquiatra llega demasiado tarde y la crisis sufrida por el usuario ha desestructurado el piso o recurso donde habita, debido a su conducta caótica e imprevisible. En estos casos, no nos queda más remedio que derivar al usuario a urgencias hospitalarias, pero esto no hace más que suspender el problema durante unas horas, ya que por regla general nos retornan el paciente con mucha suerte en 24 horas, aunque lo normal es que le den el alta a las dos o tres horas, habiéndosele suministrado una medicación que, al cesar su efecto, el pa-

ciente vuelva a estar igual o peor que antes de su estancia en urgencias.

De la misma manera, se da con mucha frecuencia la imposibilidad de hablar con el psiquiatra del CAS antes de que vea a nuestros usuarios, con lo que no recibe nuestra información previa. En algunos CAS el psiquiatra es una persona asequible y con buena disposición, pero en muchos otros parece que si no eres médico, o como mínimo psicólogo, tu opinión no se tiene en cuenta y esto es una realidad que nos afecta negativamente. Lo que hacemos por puro sentido práctico es acabar hablando con la trabajadora social del CAS, con la que tenemos una relación más directa. Le decimos que le transmita al psiquiatra la situación en la que nos encontramos con el usuario. Es una mediación innecesaria y contraproducente porque puede contribuir a que se retrase la visita y a que la información sea menos precisa por no haber llegado directamente al destinatario de la misma. Si a eso añadimos que, cuando por fin se produce la visita con el psiquiatra, el usuario le explica lo que quiere, omitiendo la mitad de su sintomatología y mintiendo en la otra mitad de lo que le pasa, todo ello tiene como consecuencia que el paciente sale de la consulta con la misma medicación que llevaba o bien con otra que no le hace el efecto que precisaba en ese momento.

A este caos que hemos descrito le hemos de añadir la sobresaturación de los CAS y los recortes de horas de psiquiatras y psicólogos que les hace imposible atender urgencias. Hay que pensar que en muchos casos, los CAS tienen un solo día de psiquiatra a la semana, y en ese período de tiempo un usuario puede no solo descompensar un piso entero, sino abandonar el recurso y echar por tierra el trabajo realizado hasta la fecha.

Esto mismo pero elevado al cubo es lo ocurre con la red de salud mental. Al acogerse a un usuario con patología dual, lo lógico es que estuviera previamente vinculado a un centro de salud mental, pero, por desgracia, esto no siempre es así. Y cuando sí está vinculado, muchas veces el CSM asignado por zona se encuentra a kilómetros de distancia del piso de reinserción donde está realizando el tratamiento, lo cual dificulta muchísimo nuestro trabajo, ya que no podemos acompañar al usuario por toda Cataluña, y por otra parte no debemos arriesgarnos a que una persona en ese estado se desplace sola, pues lo más probable es acabe consumiendo por el camino.

Intentar que un CSM atienda alguna urgencia es una misión totalmente imposible. La razón principal se debe al típico y absurdo inconveniente burocrático. En la mayoría de los casos, el usuario se encuentra empadronado en su domicilio habitual, en una zona que no corresponde a la del piso de reinserción en que está ahora: por tanto, en el CSM cercano al piso no lo aceptan. Si para sortear esta eventualidad optamos por empadronar a los usuarios en uno de nuestros pisos, opción poco práctica pues quedan empadronados por tiempo indefinido dada su característico desorden, la primera visita nos la dan a tres meses vista, con lo que durante la espera los pacientes se encuentran completamente desasistidos, pues en su CSM de referencia ya no los atienden al no estar empadronados en su zona de origen. En resumen, o envías al usuario a su CSM de referencia, esté donde esté —no olvidemos que nuestro ámbito de actuación abarca toda Cataluña— y con los riesgos e inconvenientes antes descritos, o lo empadronas y rezas para que mientras llega la primera visita no sufra una descompensación.

Todo esto representa que nuestro trabajo cotidiano se convierte en una carrera de obstáculos en la que cuando se llega a la meta, o sea a la visita, ya es demasiado

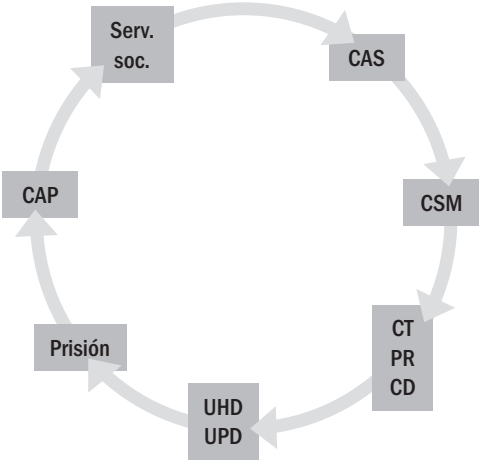
tarde porque el usuario o bien ha abandonado el recurso o lo hemos tenido que cesar debido a su patología, que le lleva a una dificultad extrema en seguir la dinámica y que hace que la convivencia con el resto de residentes sea insostenible.

Esta pérdida de usuarios no solo es preocupante por el coste humano que representa, sino también por el coste económico que supone. Lamentablemente, estamos colaborando en crear un círculo vicioso en el que el usuario con patología dual se ve envuelto en un ir y venir al CAS o al CSM y vuelve a entrar en el circuito desde cero una y otra vez, utilizando todos los recursos de ambas redes de forma cíclica, reiterada e innecesaria.

En la figura 2 se ilustra el círculo vicioso en el que puede entrar el usuario: Comunidad Terapéutica (CT), Piso de reinserción (PR) o Centro de Día (CD), Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD) o Unidad de Patología Dual (UPD), prisión, Centro de Atención Primaria (CAP) de salud, servicios sociales, Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias y Centro de Salud Mental (CSM).

FIGURA 2

Coordinación de los pisos de reinserción con diferentes dispositivos



Otro problema añadido es el que se deriva de los requisitos de ingreso que imperan en las UPD, que solo admiten usuarios con consumo activo, y lógicamente en nuestros recursos no lo muestran.

Toda esta situación que estamos viviendo en los Pisos de Reinserción hace que los profesionales tengamos que improvisar constantemente y buscar soluciones sobre la marcha para aliviar las tensiones que producen en los pisos la conducta de estos usuarios cuando se descompensan. La mayoría de las veces se acaban solucionando los problemas cotidianos por la afinidad que pueda haber entre nosotros y los equipos de los CAS, los CSM o UPD, los cuales te solucionan el problema no porque estén protocolizados, sino por buena voluntad o por hacerte un favor.

Estas creencias y descoordinaciones nos obligan a modificar las líneas básicas de nuestros programas, adaptándolas al perfil de estos usuarios con patología dual. Y no puede ser más evidente la necesidad de que nuestros profesionales reciban también formación en salud mental para así poder continuar ofreciendo un servicio de calidad.

Los inconvenientes que nos encontramos en nuestro día a día generan un gran estrés en los equipos asistenciales, que en su día a día intentan dar lo mejor de sí mismos en aras de dar el servicio de calidad que todos deseamos. Necesitamos mejoras que no solo consistan en más dotación de personal, sino también en una mejor coordinación entre las dos redes, la de atención a drogodependencias y la de salud mental, pero sobre todo necesitamos que a los pisos de reinserción se nos reconozca como parte de la red de atención a drogodependencias y no como un mero servicio social. De forma análoga a la del resto de servicios y recursos de la

XAD, estamos haciendo verdaderos milagros a diario con pacientes psiquiátricos que necesitan atención médica, psiquiátrica y psicológica, además de un tratamiento por su condición de drogodependientes.

CÓMO HABRÍA DE SER NUESTRA REALIDAD

Se pueden distinguir en el momento actual, tres tipos de modelos de intervención en patología dual.

El **primero** sería el *modelo secuencial.* Este supone que el paciente comienza un segundo tratamiento cuando finaliza el primero. Sin embargo, este modelo solo se puede llevar a cabo cuando el tratamiento del segundo trastorno puede esperar temporalmente, o cuando no es previsible que el paciente vaya a presentar complicaciones por la interacción de los dos trastornos y además no existan demasiadas complicaciones psicosociales. Pero todo esto raramente sucede con los pacientes con patología dual, y por tanto, este es un modelo poco útil y eficaz para nosotros.

El **segundo** sería el *modelo en paralelo,* lo cual significa que el paciente inicia dos procesos diferentes: en cada uno de ellos se tratan por separado sus dos patologías. En nuestro medio es el que más se utiliza a causa de la existencia de ambas redes, la de atención a drogodependencias y la de salud mental. El problema que entraña radica en la naturaleza interconectada de los dos problemas, y por tanto, este modelo dificulta la intervención del profesional que aborda un problema sin abordar el otro. Este modelo puede también llevar al usuario a reconocer solo uno de los trastornos como un problema, al estar a niveles diferentes de aceptación o al recibir informaciones diversas de los dos equipos. Es un modelo que precisa una estrecha colaboración y coordinación entre ambas redes, cosa de la que lamentablemente en este momento no disponemos.

El **tercero** sería el *modelo integrado.* Consiste en que los dos trastornos son evaluados y tratados simultáneamente, bajo el mismo techo y por un mismo equipo de profesionales.

Este modelo es el que, ya desde los años noventa, se considera de elección para los usuarios con patología dual. Hay diversos estudios experimentales, sobre todo en Estados Unidos, que así lo atestiguan y han mostrado una disminución en las hospitalizaciones y en el consumo de drogas.

Según se desprende de estos tres modelos, parece que lo ideal sería poder tener servicios exclusivos para personas con patología dual que reciban un tratamiento integral de las dos patologías, con el personal adecuado, psiquiátrico, médico, psicológico y social. Pero eso, hoy por hoy, y debido sobre todo a la actual crisis por la que atravesamos, es pura utopía.

PONGAMOS SOLUCIONES A NUESTRA REALIDAD

Salvo algunos casos excepcionales, el modelo actual de atención en nuestro medio, el denominado «paralelo», no nos resulta satisfactorio, ya que existen muchas dificultades de coordinación entre dos redes históricamente independientes, con servicios y equipos propios y áreas sanitarias no coincidentes, que provocan un «rebote» de los usuarios de los dos servicios. Esto hace que, paradójicamente, queden desatendidos, cuando por su gravedad deberían ser considerados como pacientes prioritarios por las redes públicas.

Hasta ahora hemos expuesto las carencias, las quejas y hemos manifestado

cómo nos gustaría trabajar, pero como parece que el recurso ideal en estos momentos está muy lejos de nuestras posibilidades, lo que procede no es solo quejarse, sino intentar encontrar soluciones. Y para encontrar soluciones sin demasiados recursos debemos ser ingeniosos, pero sobre todo se han de tener ganas y estoy convencida de que si nos ponemos todos juntos a remar en el mismo barco y en un único rumbo hacia la coordinación real, lo conseguiremos.

Nuestro modelo asistencial nos obliga a mantener una coordinación ejemplar entre ambas redes respetando las siguientes premisas, que vemos necesarias:

- Acuerdos de colaboración entre los órganos de la administración competentes.
- Mecanismos de coordinación, mediante reuniones o mesas técnicas conjuntas con todos los agentes implicados.
- Formación en salud mental de todos los profesionales de la red de drogodependencias y formación en drogodependencias en los de la red de salud mental.
- Protocolizar las derivaciones urgentes, tanto a salud mental como a atención a drogodependencias: que a un usuario que ya está siendo atendido por una de las dos patologías se le dé prioridad a fin de garantizar la continuidad en el tratamiento que está llevando a cabo.
- No exigir empadronamiento del usuario cuando está siguiendo tratamiento en un recurso residencial de forma temporal, para ser atendido por cualquiera de las dos redes.
- Escucha activa de los psiquiatras hacia todos los profesionales de los equipos.
- Vinculación a la red de salud mental desde el primer contacto del usuario con el CAS, para reducir el tiempo de espera en la primera visita cuando este se encuentra ya en un recurso residencial.
- Creación de una cartera de servicios con todos los recursos de las dos redes, tanto sanitarios como no sanitarios, al objeto de que todos los profesionales tengan identificados los recursos asistenciales de que disponen.

Estas aportaciones, son unas cuantas ideas que sin duda se pueden mejorar, redefinir, añadir o eliminar... Pero para hacerlas realidad —aparte de la buena voluntad y el esfuerzo de los profesionales implicados, que es un hecho en ambas redes— se precisa un respaldo institucional capaz de facilitar un espacio de encuentro donde organizar grupos de trabajo eficaces y comenzar una nueva etapa en la que la coordinación sea una realidad.

CINCO AÑOS DE TRABAJO DE REDES COMPARTIDO: CENTRE CATALÀ DE SOLIDARITAT - SAN JUAN DE DIOS

LLUÍS GATIUS
Psicólogo. Terapeuta familiar. Director de fase de acogida del Centre Català de Solidaritat.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

El Centre Català de Solidaritat (CeCaS) es una fundación privada sin ánimo de lucro que se creó en 1991, en un momento en que Cáritas ya había madurado la decisión de dar respuesta a una serie de necesidades sociales bien concretas y que nos interpelaban a todos. Es así como CeCaS lleva más de veinte años dedicándose a la atención de personas drogodependientes, y especialmente a las que se hallan en situación de exclusión social.

La cartera de servicios de CeCaS es la siguiente:

- Ofrece un ambulatorio de adicciones *(Centre d'Atenció i Seguiment [CAS] de drogodependències)* sito en Barcelona.
- Ofrece también un servicio de rehabilitación comunitario, el Centro de Día.
- El Grupo de Patología Dual.
- La Comunidad Terapéutica para Hombres «Can Puig».
- La Comunidad Terapéutica para Mujeres «Tarragona».
- El Piso de Reinserción.
- El Piso de Inclusión Social «Llar del Carme».

CÓMO NACIÓ LA COLABORACIÓN ENTRE CeCaS Y SAN JUAN DE DIOS

Las razones pueden resumirse brevemente. Por un lado, pronto se vio que los pacientes lograban adaptarse al Centro de Día. Pero por otra parte, la adaptación a la Comunidad Terapéutica resultaba más dificultosa para ellos, puesto que entraña un proceso más exigente. Además, con la evolución de las formas de consumir sustancias, se observó que el perfil de los nuevos usuarios del centro incluía cada vez más patología psiquiátrica y el uso de la droga como automedicación. Lo dicho implicaba que los nuevos usuarios ten-

dían a un mayor uso y abuso de medicamentos, evidenciándose también un claro incremento de pacientes con ingresos previos en hospitales psiquiátricos, especialmente en unidades de patología dual. Y desde el punto de vista del diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, progresivamente iban surgiendo dudas en cuanto a qué patologías había que priorizar, dado el incremento de la complejidad clínica de los cuadros presentados.

Dentro de esta colaboración, el Proyecto de Patología Dual ofrece un espacio de Centro de Día de más baja exigencia. Las prestaciones corren a cargo de un equipo interdisciplinar integrado por diversos profesionales procedentes de las dos redes mayoritariamente implicadas, la de atención a adicciones y la de salud mental, y obviamente CeCaS representa a la primera y San Juan de Dios a la segunda. La sinergia lograda permite propiciar las siguientes actividades:

- Actividades terapéuticas, tanto la atención individual como la grupal.
- Actividades formativas y también deportivas.
- Talleres pre-laborales.
- Integración en la comunidad.

Para alcanzar tales cambios tuvo que reestructurarse la dinámica del centro. El objetivo que se acordó fue dar la mejor atención posible en patología dual a los usuarios, y para ello la innovación consistía en ofrecer los siguientes servicios y prestaciones:

- Entrevistas con profesionales de la psiquiatría una vez a la semana.
- Grupos terapéuticos.
- Seguimiento por psicólogo o tutor.
- Dinámica del día a día con el resto de compañeros, en lo que se denomina virtualidad sana *(véase más adelante el apartado sobre trabajo multifamiliar).*
- Actividades y talleres.
- Seguimiento y atención a las familias, con una interesante aportación: la representada por los grupos de psicoanálisis multifamiliar.
- Centro de día, Acogida y Comunidad Terapéutica.

EQUIPO TERAPÉUTICO Y ACCESO AL TRATAMIENTO

El equipo de profesionales de este proyecto está formado por miembros que proceden de las dos instituciones, San Juan de Dios y CeCaS. De la primera provienen dos psiquiatras, que prestan servicio dos mañanas por semana. De la segunda provienen la trabajadora social, el psicólogo y el médico. Estos cinco profesionales conforman el equipo del Centro de Día dedicado al proyecto de patología dual.

El proceso de entrada en este circuito conlleva tres momentos. En el primero, el usuario celebra entrevista con la trabajadora social, la cual realiza el correspondiente estudio social y económico, toma la iniciativa en la coordinación externa que el caso requiere y gestiona la lista de espera.

En segundo lugar se procede a la entrevista médica, centrada en la exploración orgánica de unos pacientes que, como es bien sabido, frecuentemente presentan complicaciones incluso graves por sus consumos y estilo de vida. Si el médico lo ve indicado, procede a la prescripción y también administración de medicación. Puede indicar consulta psiquiátrica, por lo que la tercera etapa de este proceso de entrada suele ser la entrevista psiquiátrica.

CRITERIOS PARA LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA

Los criterios profesionales por los que en CeCaS se determina la necesidad o no de que un usuario acceda a visitarse con el psiquiatra son los siguientes:

- Se promueve el acceso al psiquiatra del centro a los pacientes que muestran un largo recorrido por unidades psiquiátricas.
- Se prioriza dicho acceso a pacientes con historia clínica relativamente reciente, por ejemplo a lo largo del último año, de intento o intentos de suicidio.
- También es criterio de consulta psiquiátrica el hecho de que un paciente reúna varios diagnósticos previos, cosa frecuente dada la complejidad de los casos.
- Es criterio, evidentemente, el hecho de que se detecten verbalizaciones, por parte del paciente, correspondientes a posible psicopatología activa.
- También la presencia de medicación psiquiátrica.
- Y siempre que existan dudas, se optará por indicar acceso al psiquiatra.

CUÁL ES EL ITINERARIO TERAPÉUTICO EN LA COLABORACIÓN CeCaS - SAN JUAN DE DIOS

Como se sabe, la atención a pacientes con problemas de salud mental y adicciones comporta que deba construirse el vínculo paciente-terapeuta. Esto solo puede conseguirse si los terapeutas demuestran estar convencidos de que el usuario tiene la necesidad de ser escuchado. Y no solamente eso: los pacientes también tienen la necesidad de ser creídos. Debe dárseles la oportunidad de llegar a albergar el sentimiento de pertenecer al grupo. Es con todo ello que el usuario podrá emprender el camino hacia la toma de conciencia de su problema y, sobre todo, hacia la adquisición de un sentido de seguridad. En el fondo, lo que más necesitan estos pacientes es disponer de seguridad y percibirla íntimamente. Pues bien, todos estos primeros cometidos del itinerario terapéutico deben ser llevados a cabo en el Centro de Día.

Solo si los prerrequisitos mencionados se cumplen podrá tener viabilidad el Plan de Tratamiento Individualizado, que como se sabe, confiere unos objetivos específicos al itinerario terapéutico. Por supuesto, es esencial la coordinación con profesionales de otros centros, en función tanto de dichos objetivos cuanto del perfil del usuario. En muchos casos tiene lugar una evaluación sobre la posibilidad de que el paciente acceda a Piso de Reinserción, por un período de tiempo acotado. Y finalmente, el itinerario terapéutico puede tener como colofón la valoración de entrada en la Comunidad Terapéutica, por ejemplo en Can Puig, cercana a Barcelona, cuyos residentes beneficiarios de consulta psiquiátrica se desplazan al Centro de Día.

LA DERIVACIÓN COMO DESVINCULACIÓN GRADUAL

Otro aspecto sin duda interesante del trabajo compartido entre CeCaS y San Juan de Dios es la manera en que se conceptualiza la derivación. La derivación es un hecho necesario e inevitable por el que un paciente debe transitar de un recurso a otro. Como se sabe, comporta un riesgo, que no es otro que la desvinculación y, por tanto, la discontinuidad asistencial. Pues bien, los profesionales del trabajo compartido CeCaS-San Juan de

Dios tienen buen cuidado de intentar garantizar la coordinación con otras entidades salvaguardando este objetivo: realizar la desvinculación de una manera *muy gradual,* de tal forma que se logra así minimizar el riesgo aludido. Son múltiples las entidades con que se coordinan los profesionales de este equipo. Enumeramos los siguientes: Tres Turons, La Calaixera (AREP), Joia, Fundació Tallers de Catalunya, Parc Sanitari Sant Joan de Déu (hospitalización psiquiátrica en Sant Boi), Fundació Dau, Club Social Aixec, Club Social Marianao, centros de salud mental de adultos, ambulatorio de adicciones de referencia, gimnasios, centros cívicos...

GRUPOS DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIARES

La iniciativa compartida CeCaS-San Juan de Dios es pionera en nuestro medio en una interesante aportación: la de trabajar con grupos de psicoanálisis multifamiliares. Como se sabe, se fundamentan en las aportaciones del psiquiatra argentino Jorge García Badaracco. Esquemáticamente, son grupos abiertos cuyo objetivo es permitir que, por así decirlo, pueda escenificarse una conversación entre el individuo, la familia y la sociedad. Como ha teorizado el mismo autor, de lo que se trata es que se pueda hablar de los Otros desde el Nosotros. También se tiene en cuenta el Después del Grupo, con lo que se evita uno de los inconvenientes del formato grupal, que es autofocalizarse en exceso y olvidar que el trabajo grupal es una herramienta más y no un fin en sí mismo.

Veamos a continuación un resumen del pensamiento de Badaracco, toda vez que en los últimos años ha ido creciendo su influencia entre los profesionales de la salud mental del país, especialmente en Madrid, Barcelona y Bilbao, ciudad desde la que el psiquiatra Norberto Mascaró da continuidad a esta escuela.

Títulos de libros como «Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar», «Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo» y «Demonios de la Mente. Biografía de una Esquizofrenia» ya indican el lugar preeminente que para Badaracco tiene la dimensión relacional de la psicopatología individual, entendida como resultado de un conflicto vincular acontecido en la infancia y sostenido a lo largo del tiempo con un complejo entramado de interdependencias familiares patógenas que impiden el proceso de diferenciación e individuación de las personas.

Con visión esperanzada y humanista y a partir del grupo terapéutico de «libre discusión» formado por numerosos pacientes y familiares, Badaracco teoriza el psicoanálisis multifamiliar, según el cual el grupo multifamiliar se constituye en espacio donde pacientes y familiares pueden compartir las ansiedades e incertidumbres que acontecen en todo proceso terapéutico.

En ese contexto se plantea trabajar con la «virtualidad sana» del paciente y su familia, es decir, con una actitud de escucha, de disponibilidad, respeto y tolerancia y dirigiendo la «mirada del otro» hacia partes nunca suficientemente vistas de la persona pero que tienen que ver con lo que a todos nos une, que hace que tanto el paciente como su familia sientan el crecimiento, la autonomía y la individuación como menos amenazantes. Mediante el compromiso emocional de los participantes y las aportaciones psicoeducativas de los terapeutas se posibilita la socialización del sufrimiento, la comprensión de conflictos y dilemas e incluso la conversión de los participantes en coterapeutas y agentes de cambio.

La experiencia en grupo multifamiliar, en fin, es lo que puede permitir que se alcance el reconocimiento y la aceptación de la indefensión compartida.

PARTICULARIDADES Y PROBLEMAS QUE HAN IDO APARECIENDO

Las tareas y objetivos que el equipo CeCaS-San Juan de Dios ha adoptado entrañan ciertamente un esfuerzo sostenido. En este sentido, sus profesionales han debido adaptarse a unos pacientes que muestran una necesidad de atención más alta e individualizada de lo que normalmente se estipula, y es por esto que el factor voluntariado es aquí determinante. Trabajar en el centro comporta tener flexibilidad de horarios. También han tenido que efectuarse cambios en la exigencia respecto a algunos aspectos normativos, en busca de la máxima inclusión grupal posible.

Otro aspecto insoslayable es la necesidad de explicar los diferentes procesos al resto de usuarios, única forma de garantizar la cohesión del grupo. Destaca también la importancia de clarificar al máximo el tema de la medicación, evitando todo paternalismo y al mismo tiempo haciendo ver al paciente afectado la necesidad de medicarse y de que no atribuya sus problemas a los medicamentos, como tantas veces sucede.

En este plano de maximizar la interacción basada en la autenticidad y la franqueza se halla, por supuesto, la necesidad de que se diriman de forma constructiva las posibles discrepancias entre ambas redes. Así, debe reconocerse que los profesionales provenientes de San Juan de Dios tienden a defender una visión más de salud mental, y que los provenientes de CeCaS hacen lo propio con una visión más asistencial y de drogodependencia. También es obvio que en un equipo cerrado pueden existir problemas de inclusión en el mismo y que se pueda propiciar entre sus miembros la sensación de invasión, de que unos se sientan juzgados por otros.

El antídoto para estos problemas es, una vez más, la clarificación sincera y de miras abiertas, especialmente la dirigida a evitar la confusión de roles y funciones de cada miembro del equipo terapéutico. Si en lugar de estas premisas se genera falta de comunicación y de coordinación, entonces se tambalea el andamiaje del tratamiento y quien sale perjudicado es, a fin de cuentas, el usuario. Nunca se insistirá lo bastante en la necesidad de que entre los miembros del equipo terapéutico se haga prevención de discrepancias no resueltas y con riesgo de que vayan agrandándose, pues de no resolverse con el trabajo de cohesión de equipo abocarán a rigideces y conflictos. Una vez más, el tema medicación puede propiciar este tipo de problemas intraequipo y es básico llegar a una perspectiva común al respecto.

La idea que debemos retener es que a pesar de las diferentes opiniones y posibles divergencias entre los miembros provenientes de CeCaS y de San Juan de Dios, existe una muy buena disposición entre ambas partes para acercar posiciones.

Se ha establecido una reunión mensual de equipo precisamente para hablar de los casos y con el fin de conocerse más, compartir conocimientos y generar consenso.

La realidad es que actualmente nos sentimos plenamente satisfechos del resultado de estas reuniones. Han permitido alcanzar puentes de diálogo tanto a nivel profesional como en la esfera personal, siendo el usuario del recurso quien a fin de cuentas más se beneficia de esta alianza entre redes en un mismo equipo.

CÓMO VALORAMOS LA COORDINACIÓN EN ESTE TRABAJO COMPARTIDO

De forma congruente con lo que acabamos de decir, valoramos de forma muy positiva el trabajo compartido que se viene efectuando, pues gracias a esta labor se puede atender una población con otros tipos de demandas, de más exigencia clínica que las atendidas antes de implementarse este proyecto. Una vez más hay que insistir en que los pacientes están faltos de seguridad y que el centro les ofrece, precisamente, un espacio donde se puedan sentir seguros y donde los terapeutas puedan «actuar in situ». La valoración es también positiva porque la vinculación al grupo deviene progresivamente más robusta y esto se traduce en un alto grado de permanencia de los usuarios. Además, se ha hecho posible entender que en algunos casos resulta palpable que la drogodependencia ejerce una funcionalidad, por ejemplo, en determinadas situaciones familiares. De ahí que la presencia de la familia en el proceso terapéutico deba valorarse como fundamental, porque es en ella donde quizás han podido surgir dinámicas disfuncionales y es con la familia donde pueden favorecerse los cambios deseados. Motivo de evaluación positiva es también el cuidado que se pone en vincular al usuario con centros adecuados a sus necesidades: servicios de inserción pre-laboral, recursos sanitarios, ocio... Finalmente, cuando se producen recurrencias puede restablecerse el vínculo, con lo que se posibilita trabajar enseguida y directamente la recaída.

PARA TERMINAR, ALGUNAS FRASES DE NUESTROS USUARIOS

Qué mejor conclusión para este artículo que la de aportar algunas verbalizaciones de nuestros pacientes, pues nos parecen de interés:

– «Hablo solo para calmarme, pero la gente se aparta.»

– «Ahora he encontrado mi sitio: el prelaboral. Ahora veo que lo que tengo es una enfermedad mental. Las drogas las tomaba para estar bien con la cabeza.»

– «Al consumir [sustancias] me crecen las paranoias.»

– «Vine aquí sin ninguna motivación, obligado, casi a rastras. Lo pasé muy mal al principio, hasta que entendí y acepté mi situación.»

– «Tengo miedo de la soledad, a no saber reaccionar, a recaer...»

V

EPÍLOGO: EL MANIFIESTO DE LAS JORNADAS DE PATOLOGÍA DUAL, UN PROCESO EN MARCHA

MANIFIESTO DE LAS IV JORNADAS DE PATOLOGÍA DUAL

Emitido por los ponentes y moderadores de las IV Jornadas de Patología Dual: «¿Red o redes? De la conexión a la integración» celebradas en Sant Boi de Llobregat, Barcelona, el 18 y 19 de octubre de 2012.

Con el apoyo de la Coordinadora de Centros de Atención y Seguimiento de drogodependencias y la Coordinadora de Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción y Centros de Día para drogodependencias de Cataluña.

Recepción: 02-06-13 / Aceptación: 25-07-13

Manifiesto por la integración efectiva de las redes de centros de salud mental de adultos e infantojuveniles, centros de atención y seguimiento de drogodependencias, comunidades terapéuticas, centros de día y pisos de reinserción

Constatamos que es de vital importancia que se sigan generando sinergias entre todas las redes asistenciales y que la Administración lidere el proceso.

Constatamos que en un número aún demasiado elevado de dispositivos continúan presentándose dificultades para intervenir de forma integral e integradora en trastornos mentales con concomitancia de trastorno por uso de sustancias y trastorno independiente, dificultades que ya no tienen razón de ser al existir creciente consenso y evidencia de dicha necesidad de intervención.

Constatamos que es urgente que la red de Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción y Centros de Día para adicciones disponga de la visibilidad que sus prestaciones a la sociedad merecen.

Constatamos que todavía no existe una implantación general de las directrices y recomendaciones del Plan catalán de Salud Mental y Adicciones. Cada territorio ha ido desarrollando un modelo de coordinación adaptado a la idiosincrasia de los recursos existentes, lo que ha generado todo tipo de experiencias, algunas positivas y que parecen efectivas, y otras en las que la coordinación sigue siendo errática y depende excesivamente de la «buena voluntad» de los profesionales de cada red.

Constatamos también que los centros

financiados por el Departamento de Bienestar Social, como son Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción y Centros de Día para adicciones, asumen el trabajo con pacientes afectos de patología dual y, a pesar de ello, permanecen excluidos de los circuitos de coordinación formales establecidos en el mencionado Plan Director. Quedan al margen y consecuentemente sufren todos los inconvenientes.

Constatamos la falta de una unidad de patología dual para adolescentes.

Proponemos que el paciente ingresado en Comunidad Terapéutica o en Piso de Reinserción tenga un fácil acceso a la red de salud mental en caso de que se descompense, de acuerdo con los protocolos previamente consensuados, a fin de evitar la interrupción del tratamiento. Las Comunidades Terapéuticas, los Pisos de Reinserción y los Centros de Día disponen de la capacidad de afrontar las realidades cambiantes del perfil de los usuarios, pero no es su misión la contención psiquiátrica hospitalaria, la cual requiere estructura y recursos específicos.

Proponemos que las redes se doten de protocolos y vías de comunicación e información que sean ágiles y que permitan mantener una coordinación sostenida y de calidad, tanto entre los profesionales de adicciones como los de salud mental.

Proponemos que desde todos los servicios se asegure el acceso a la historia clínica compartida y que todos los servicios la incorporen, para que cuantos atienden al paciente dispongan de información en común.

Proponemos que el Departamento de Salud dé unas directrices claras en relación a la participación de los Centros de Atención y Seguimiento de drogodependencias en las reuniones de coordinación de los recursos de salud mental y adicciones, y que esta participación de dichos centros se lleve a cabo como miembros de pleno derecho y se haga extensiva a todo el territorio siguiendo el modelo de los comités operativos de salud mental y adicciones de la ciudad de Barcelona.

Proponemos que el Departamento de Salud dé instrucciones claras para que los pacientes con trastorno por uso de sustancias tengan acceso sin restricción alguna al resto de recursos sanitarios y sociales y que se supervise y asegure el cumplimiento.

Pedimos que los pacientes con patología dual tengan referentes tanto en la red pública de salud mental, es decir, en los Centros de Salud Mental de Adultos e Infantojuveniles, cuanto en la red pública de Centros de Atención y Seguimiento de drogodependencias de Cataluña.

Pedimos que estos referentes garanticen el intercambio de información y la coordinación previas al ingreso en Comunidad Terapéutica o Piso de Reinserción para adicciones, y que estén en condiciones de facilitar datos con cuya ayuda los profesionales de estos dispositivos residenciales puedan ser más eficientes cuando de diseñar programas de tratamiento individualizado se trata.

Pedimos que nadie, por el hecho de presentar drogodependencia activa o no, sea excluido de la atención en ningún servicio, sea hospitalización de agudos, subagudos o de larga estancia, centros de salud mental, hospitales de día u otros.

Hay que seguir trabajando por la adaptación de las Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción y Centros de Día a las necesidades actuales, dar respuestas ágiles a las necesidades de las redes, garantizar de forma exhaustiva la coordinación con los profesionales referentes de la red de adicciones y de salud mental, aportar datos estadísticos con capacidad de aumentar la comprensión de la realidad propia de estos dispositivos, generar

espacios de coordinación con las redes de salud mental y adicciones, trabajar por la creación de protocolos firmes, estables y eficientes y, en fin, participar en los foros y generar difusión.

Pedimos el compromiso de los profesionales de las diferentes redes y sociedades científicas de salud mental y adicciones en aras de hacer visible la complejidad de la situación y posibilitar y facilitar el proceso de construcción de un cambio de paradigma hacia la valoración global de la persona que sufre una enfermedad mental y un trastorno adictivo.

SIGNATARIOS

MARIE-ANNE AIMÉE
Trabajadora social, directora de Forma 21

ENRIC BATLLE
Psiquiatra. Coordinador del CAS, Servicio de salud mental y adicciones, Hospital de Mataró. Miembro de la secretaría permanente de la Coordinadora de los CAS de Cataluña

JORDI BORDAS
Médico de adicciones. CAS Benito Menni, Sant Boi de Llobregat, Barcelona

MERCÈ CERVANTES
Psicóloga. Directora de Grup ATRA, presidenta de la Coordinadora de las Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción y Centros de Día para drogodependientes de Cataluña

OLGA CHAPINAL
Médica internista. Coordinadora del CAS de Sabadell (Barcelona)

MIQUEL DEL RÍO
Psiquiatra. Coordinador de los CAS y CSMA de Terrassa y Sant Cugat del Vallès (Barcelona) y de la UHD del Hospital Mútua Terrassa

LLUÍS GATIUS
Psicólogo. Terapeuta familiar. Director de fase de acogida del Centre Català de Solidaritat (CeCaS), Barcelona

MERCÈ GIBERT
Psicóloga. Coordinadora del HD de adolescentes de Gavà, Barcelona, Fundació Orienta

MANUEL IZQUIERDO
Director del CD, Fundación Salud y Comunidad,
L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

PERE MARTÍ
Director médico de la Associació Egueiro, Tarragona

VÍCTOR MARTÍ
Psicólogo clínico. Coordinador del CAS de Rubí del Consorci Sanitari
de Terrassa, miembro de la secretaría permanente
de la Coordinadora de CAS de Cataluña

LLUÍS MAESTRE
Psicólogo clínico. Director de la CT Can Serra
(ATART - Grup ATRA), Barcelona

JORDI MORILLO
Psicólogo. Director de la CT Can Coll,
Fundación Salud y Comunidad, Barcelona

EULÀLIA SABATER
Médica de adicciones, CAS de Reus (Tarragona),
secretaria de la Coordinadora de los CAS de Cataluña

JOAN-ARTUR SALES
Psicólogo clínico. Director gerente de Grup ATRA, director de la CT Can Prat
y presidente de la Associació Catalana de Llars de Salut Mental

MAITE SAN EMETERIO
Psiquiatra. Jefe de servicio del área Salud Mental de adultos
de Les Corts en Barcelona

JOSEP SOLÉ
Psiquiatra. Coordinador de la UPD y CAS Benito Menni,
Sant Boi de Llobregat, Barcelona

MAITE TUDELA
Psicóloga. Directora de área de adicciones, género y familia,
Fundación Salud y Comunidad, Barcelona

ESTHER URPINAS
Psicóloga. Jefe de servicio del CSMIJ de Gavà, Barcelona,
Fundació Orienta

JAVIER VALLS
Psiquiatra. Jefe de psiquiatría general, Sagrat Cor Serveis de Salut Mental, Martorell (Barcelona)

JOSÉ M.ª VÁZQUEZ
Psiquiatra referente del CAS de Sants en Barcelona
y responsable del Comité Operativo de Salud Mental y Adicciones
del lado izquierdo de Barcelona ciudad

GLOSARIO DE SIGLAS

CAS: **C**entro ambulatorio de **A**tención y **S**eguimiento de drogodependencias

CD: **C**entro de **D**ía *(servicio de rehabilitación comunitario para adicciones)*

CSMA: **C**entro ambulatorio de **S**alud **M**ental de **A**dultos

CSMIJ: **C**entro ambulatorio de **S**alud **M**ental **I**nfanto**J**uvenil

CT: **C**omunidad **T**erapéutica *(centro residencial rural para adicciones)*

HD: **H**ospital de **D**ía *(hospitalización parcial, sin pernoctación)*

PR: **P**iso de **R**einserción *(centro residencial urbano para adicciones)*

UHD: **U**nidad **H**ospitalaria de **D**esintoxicación

UPD: **U**nidad hospitalaria de **P**atología **D**ual

Hermanas
Hospitalarias

Dr. Pujadas 38. 08830 Sant Boi de Llobregat. BARCELONA
Tel.: 936 529 999. Fax: 936 400 268