

Hoy en día se considera el trastorno por uso de sustancias (TUS) como una tipología de trastorno mental, sin embargo, a lo largo del artículo se reflejan los conceptos de salud mental y de drogodependencias separados, ya que se atienden desde circuitos diferenciados como el CAS (Centro de Atención y Seguimiento) y el CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos). El concepto de patología dual se tiene cada vez más en cuenta en recursos tanto de atención a drogodependencias como de salud mental. Como se destaca en el artículo, existe una tendencia a unificar estas dos redes creando una atención más específica e individualizada. Cabe subrayar que tanto la accesibilidad cada vez mayor a las sustancias tóxicas como una mayor manipulación de las mismas, con la que se consiguen más efectos con menos cantidad, inciden en la aparición y/o aumento de enfermedades mentales. Así, la atención tanto hospitalaria como en entidades sociales cambia a marchas forzadas dando paso a la creación de recursos especializados y a la necesidad de una formación continuada por parte de los profesionales. Este artículo pone de manifiesto la prevalencia en diagnósticos de patología dual y describe las vivencias y situaciones que experimentan las personas diagnosticadas, rescatando experiencias profesionales y recursos de diferentes ámbitos destinados a lograr estabilidad y cuidar la dignidad de las personas implicadas.

## Palabras clave

Salud mental, drogodependencias, intervención integral, autoconocimiento, rehabilitación.

## Patologia dual. Definició, història i recursos

*Actualment es considera el trastorn per ús de substàncies (TUS) com una tipologia de trastorn mental, això no obstant, al llarg de l'article es reflecteixen els conceptes de salut mental i de drogodependències separats, atès que s'atenen des de circuits diferenciats com el CAS (Centre d'Atenció i Seguiment) i el CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults). El concepte de patologia dual es té cada vegada més en compte en recursos tant d'atenció a drogodependències com de salut mental. Com es destaca a l'article, hi ha una tendència a unificar aquestes dues xarxes creant una atenció més específica i individualitzada. Cal subratllar que tant l'accessibilitat cada vegada més gran a les substàncies tòxiques com un augment de la manipulació d'aquestes substàncies, amb la qual s'aconsegueixen més efectes amb menys quantitat, incideixen en l'aparició i/o augment de malalties mentals. Així, l'atenció tant hospitalària com en entitats socials canvia a marxes forçades i dona pas a la creació de recursos especialitzats i a la necessitat d'una formació continuada per part dels professionals. Aquest article posa de manifest la prevalença en diagnòstics de patologia dual i descriu les vivències i situacions que experimenten les persones diagnosticades, rescatant experiències professionals i recursos de diferents àmbits destinats a aconseguir estabilitat i tenir cura de la dignitat de les persones implicades.*

## Paraules clau

Salut mental, drogodependències, intervenció integral, autoconeixement, rehabilitació.

## Dual pathology. Definition, history and resources

*Nowadays, substance use disorder (SUD) is considered a type of mental disorder. Nevertheless, this article discusses the concepts of mental health and drug addiction separately, as care for them is provided in Catalonia by different systems: CAS (Care and Monitoring Centres); and CSMA (Adult Mental Health Centres), respectively. The concept of dual pathology is taken more and more into consideration in resources both for drug addiction and mental health services. As noted in the article, there is a tendency to unify these two networks in order to provide more specific and individualised care. The article notes that both ever-greater accessibility to toxic substances and the increasing manipulation of them, with the result that users obtain more effect from less quantity, has an effect on the appearance and/or increase of mental illness. Consequently, the care provided by both hospitals and associations is changing at a rapid pace, with the creation of specialised resources and the need for continuous worker training. This article highlights the prevalence of dual pathology in diagnoses and describes the experiences and situations of people diagnosed with it, as well as describing professional experiences and resources from different areas, all aimed at achieving stability and safeguarding the dignity of the people involved.*

## Keywords

Mental health, drug addiction, integrated intervention, self-awareness, rehabilitation.

## Cómo citar este artículo:

González Méndez, Gemma (2020).  
Patología dual. Definición, historia y recursos.  
*Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 81-96.

## ▲ Breve reseña histórica

La atención a la salud mental experimentó un punto de inflexión cuando se produjo un cambio de visión de las personas que padecían un trastorno mental. Un cambio que pasó de la institucionalización, la marginación y la posterior privación de derechos a una visión inclusiva, humana y que respetaba los derechos de las personas afectadas de un trastorno mental.

Bajo la Ley de 1904 se protegía a la sociedad de las personas diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental. Se encomendaba a un médico que certificara el diagnóstico mental, y la justicia local se encargaba de privar a la persona de todos sus derechos (Torreblanca, Amorós y Crende, 2004).

El cambio se produjo en 1971, año en que Franco Basaglia (Ruiza, Fernández y Tamaro, 2004), médico italiano, asume la dirección de un hospital de psiquiatría en Trieste, Italia, y propone cambios para los internos, dando paso a una reforma psiquiátrica que se concreta en la Ley 180/1978, de 13 de mayo de 1978, en Italia (Muniz Pérez, 2017; Correa, Evia-Mónica, Jiménez-Alicia, Piazza-Natalia y Rodríguez-Tamara, 2015).

En Italia estos sucesos dieron lugar a la definición de funciones y servicios entre administraciones y departamentos de salud mental, devolviendo los derechos a las personas internadas (Ruiza, Fernández y Tamaro, 2004).

Algunas repercusiones de estos cambios se vieron reflejadas en el cambio de perspectiva y en la atención prestada a las personas diagnosticadas de enfermedad mental. Se dejó de internar a personas que no daban su consentimiento, se suprimieron las terapias invasivas y los sistemas de contención física y se crearon espacios mixtos durante el internamiento, entre otras medidas bastante revolucionarias para la época.

En este periodo, el Dr. Basaglia propone como un probable factor de riesgo para padecer un trastorno mental el conflicto social que pueda padecer una persona. Esta propuesta conduce a hipótesis según las cuales el consumo o abuso de sustancias tóxicas, mayoritariamente producido en contextos sociales desadaptativos, puede tener su origen en los mismos –sumado a otros factores de riesgo– y puede estar estrechamente ligado con el debut de otras patologías mentales comórbidas al producirse un deterioro social significativo durante el consumo prolongado de sustancias tóxicas (García, 1978).

A pesar de que la población pueda tener la percepción general de que el consumo puntual o experimental de sustancias no genera un trastorno por uso de sustancias (TUS) u otros diagnósticos mentales, cuánto antes se inicia el consumo, mayor es la probabilidad de aumentar la cantidad y la variedad del consumo, instaurando patrones de dependencia y desarrollando, en algunos casos, los trastornos citados (Vicario y Romero, 2005).

El consumo de una sustancia para conseguir un fin puede llegar a generar mecanismos internos de dependencia, aunque la persona consumidora se refiera a este consumo como experimental, no mostrando conciencia de adicción ni estando diagnosticada de trastorno mental.

Las drogas en general son sustancias capaces de modificar respuestas físicas y químicas dentro del organismo por medio de una acción directa en el sistema nervioso central que altera las diferentes estructuras fisiológicas normales (Domenech, Mann, Strike, Brands y Khenti, 2012, p. 146, cit. en Morera *et al.* 2015).

Por lo que respecta a las drogodependencias, a finales de los años sesenta ya se había detectado un incremento notable en el consumo de alcohol en la sociedad española. Es a partir del año 1975 cuando se observa una expansión masiva en el consumo de drogas ilegales destacando la heroína, especialmente a principios de la década de los ochenta. Diez años más tarde, en 1986 se aprueba el Plan Nacional sobre Drogas en el país ante la gran demanda de necesidad asistencial y de la creación de recursos especializados en la materia, coincidiendo con un proceso de cambio hacia la democracia. Cabe destacar en esta época las comunidades de Cataluña y el País Vasco, ya que fueron las primeras regiones en iniciar una asistencia integral con diversidad de profesionales y en unir diferentes redes y recursos (Martín, 2007). La atención se presta, entre otros, en las llamadas granjas (Proyecto Hombre, 1984; Reto, 1985; Nueva Frontera, 1993), donde se trataba a las personas con adicciones lejos de medios urbanos y del sistema familiar y social que conocían. Algunos de estos centros tenían un carácter y una vinculación religiosos y se establecían y se diferenciaban por tipología de adicciones y de profesionales, por problemática social y/o por causas personales; por ejemplo, la Fundación Salud y Comunidad trataba específicamente la adicción al alcohol y a la cocaína<sup>1</sup>. La comorbilidad entre un trastorno por uso de sustancias (TUS) y otros trastornos mentales sigue su evolución y aún no se divisa un final a esta problemática.

Algunas personas que padecen un trastorno mental utilizan drogas legales para sobrellevar algunos síntomas producidos por el propio trastorno y viceversa, algunas personas con adicciones acaban desarrollando patologías mentales que las convierten en usuarias de recursos específicos como los que se están tratando en este artículo. La relación de causa y efecto entre adicciones y otros trastornos mentales puede ser vista, en algunos casos, como una espiral que nunca cesa.

Suele suceder que la persona está más estable en ciertos periodos por lo que puede tener una sensación de control de su propia vida y, en otros periodos, sea por la evolución de la enfermedad, por el aumento de consumo, por un cambio en el uso de las sustancias o por causas sistémicas o del entorno, la persona puede caer en picado, debiéndose valorar si prevalece la adicción o el trastorno mental, y tomar la decisión de internarla o de hacer uso de los recursos de una u otra red.



El consumo de una sustancia para conseguir un fin puede llegar a generar mecanismos internos de dependencia, aunque la persona consumidora se refiera a este consumo como experimental

Debe valorarse si prevalece la adicción o el trastorno mental, y tomar la decisión de internarla o de hacer uso de los recursos de una u otra red

## ¿Qué entendemos por patología dual?

El término patología dual es utilizado para definir dos patologías padecidas al mismo tiempo por una persona. Así pues, padecen patología dual las personas que presentan un trastorno por uso de sustancias o adicciones comportamentales y otro tipo de patología mental al mismo tiempo. Las adicciones no solo hacen referencia a las drogodependencias, legales o no, sino también a adicciones de tipo comportamental como la ludopatía, la vigorexia, la adicción a Internet, etc. (Szerman y Martínez-Raga, 2015).

En cuanto a los trastornos mentales, por un lado, podemos hablar de personas que no padecían ningún trastorno o no habían sido diagnosticadas y, como consecuencia del consumo de drogas, lo han desarrollado; y, por otro lado, de personas que ya habían sido diagnosticadas de alguna enfermedad mental y, al desarrollar una adicción, ya sea por padecer dicho trastorno o no, han necesitado un nuevo diagnóstico en salud mental dado que han desarrollado otro trastorno distinto al que tenían o han potenciado el que ya padecían previamente.

Se trata de pacientes complejos debido a la dificultad de realizar un tratamiento con ellos por los rasgos de personalidad que les caracteriza y por los diferentes escenarios que ambas patologías pueden presentar.

A continuación citaremos algunas de las realidades con las que nos podemos encontrar en la práctica profesional.

- La persona puede ser más vulnerable a padecer un trastorno mental, lo que puede desencadenar que empiece a consumir drogas. Puede asumir y/o reconocerse como beneficiario de atención en salud mental pero no de tratamientos en drogodependencias, ya que no se identifica como drogodependiente.
- La persona puede desarrollar una adicción y, debido al consumo de sustancias, darse una patología mental, pero puede no asumirlo ni identificarse con ello, manteniendo un consumo desenfrenado de las mismas.
- La falta de información o formación y una posible incompreensión del entorno familiar puede agravar ambas patologías.
- En numerosas ocasiones la familia o los referentes claudican o siguen acompañando agotados por el proceso de la persona, observando en demasiados casos una autodestrucción de su ser querido.
- La dificultad de relación con la persona por sus conductas en el entorno familiar puede desencadenar procesos judiciales de incapacitación. Entonces pasa a ser una entidad o una fundación tutelar la que asume la responsabilidad de su cuidado.
- El fracaso, el abandono, el cese o baja de un recurso de drogodependencias se puede dar con frecuencia como consecuencia de rasgos de la enfermedad mental padecida. Igualmente sucede en recursos de salud mental cuando la persona tiene una recaída o no demuestra una abstinencia consolidada.

- En numerosas ocasiones el nivel de autonomía y autoconocimiento para el que se trabaja en recursos de reinserción de drogodependencias resulta difícil de mantener a lo largo del tratamiento o imposible de alcanzar.
- La persona se cansa de entrar y salir de unidades hospitalarias de psiquiatría y/o de recursos sociales de atención en ambas redes sin encontrar bien cual es su lugar.

En ocasiones el recorrido se alarga en el tiempo y no se divisa un final desde que la persona empieza a consumir, al principio con un consumo experimental u ocasional usando ciertas sustancias, pasando a realizar consumos habituales y compulsivos, creando así una dependencia, hasta que desarrolla algún tipo de trastorno mental, más leve o severo.

Sobre rasgos de personalidad, Marquez-Arrico y Adan (2013) citan las características siguientes: mayor búsqueda de sensaciones, impulsividad y craving severo, evitación del daño y neuroticismo y menor persistencia, influyendo en mantener una abstinencia prolongada y obtener éxito en tratamientos establecidos, autodirección, autotranscendencia y cooperación, dando lugar a conductas más desadaptativas que a categorías únicas de personas diagnosticadas únicamente de trastorno mental o de trastorno por uso de sustancias.

Añadiendo, aun así, tanto una falta de conciencia de adicción y/o de enfermedad mental como una dificultad en el manejo de su enfermedad mental con un desconocimiento sobre como anticiparse a las crisis que puedan padecer.

## ¿En qué punto estamos actualmente?

La evolución, tanto de la red de atención sanitaria y recursos sociales para personas diagnosticadas con alguna enfermedad en salud mental como la red de drogodependencias y la movilización de personas y familiares afectados da su fruto y sienta muchas de las bases que aún existen hoy en día. Si bien hay una parte de ambas redes que aún está separada, cada vez son más los recursos que se amoldan y cambian, ampliando su visión integradora, abriéndose a personas diagnosticadas en patología dual. Y aunque cada recurso que vamos a enumerar pertenece a su red y a su ámbito, en todos los centros podemos encontrar personas que han tenido o tienen recorrido en un ámbito o en otro.

En Cataluña disponemos de varios recursos especializados en salud mental<sup>2</sup>: unidades hospitalarias de agudos, unidades de subagudos, unidades de alta dependencia, residencias, pisos tutelados, unidades de psicogeriatría, hospitales de día, servicios de rehabilitación comunitaria, centros de día, clubs sociales, reinserción sociolaboral específica, entidades dedicadas al deporte



Cada vez son más los recursos que se amoldan y cambian, ampliando su visión integradora, abriéndose a personas diagnosticadas en patología dual

integrado, grupos de autoayuda y actividades sociales donde las personas interrelacionan, comparten y ponen de manifiesto sus derechos. Existen asociaciones de familiares de diferentes trastornos para darse apoyo, recibir formación, realizar reivindicaciones en el sistema para que los recursos sean cada vez más específicos y para que la voz de las personas que tienen a su cargo sea escuchada.

Cada vez se da más visibilidad en la comunidad, participando en programas de televisión y radio, en eventos sociales, fiestas de barrio o en distritos de las ciudades. Se realizan talleres de prevención y de presentación de enfermedades mentales en institutos de educación secundaria y bachillerato y cabe destacar que cada vez son más visibles las empresas que incrementan la reinserción social contratando o creando puestos de trabajo específicos para personas con alguna discapacidad. La red de profesionales crece y se establece en reuniones de circuito donde, de forma continuada, se reúnen profesionales de las diferentes fases por las que la persona afectada puede pasar, ya sea ingresada de manera hospitalaria y asistencial, ambulatoria, lúdica y/o social.

En cuanto a los recursos en drogodependencias<sup>3</sup>, las entidades sociales ganan protagonismo. Las antiguas granjas pasan a llamarse comunidades terapéuticas y se crea la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD), nacida en 1985 para profesionalizar estos centros y dar voz a los familiares de usuarios y consumidores de drogas, así como para visibilizar la problemática a nivel político y social. Actualmente está formada por unas veinticinco entidades que llevan a cabo prevención, atención, tratamiento e inserción social. Se trata de entidades que aseguran una atención especializada, debatida y desarrollada a conciencia y aplicando criterios de ética profesional. Con el fin de dar a conocer el trabajo que se ha llevado a cabo, estas entidades organizan jornadas en las que también visibilizan las necesidades en las que aún hay que seguir trabajando. A nivel hospitalario se consolidan los centros de atención y seguimiento a personas drogodependientes (CAS), los programas de reducción de daños, las unidades móviles y las salas de venopunción y consumo. Encontramos también las unidades de desintoxicación y los programas piloto, como la unidad de crisis, el hospital de día de adicciones y centros de día, las entidades dedicadas al deporte especializado, los pisos de reinserción, los programas de soporte a la vida autónoma, los clubs sociales y la atención en reinserción. En todos ellos se interviene tanto en prevención a nivel comunitario, asistiendo a diferentes escuelas e institutos, como en reducción de daños, en tratamiento del consumo de drogas y de adicciones comportamentales tanto a nivel individual como familiar. Se extiende profesionalizándose en sectores de población que pueden ser considerados frágiles o de alto riesgo como discapacidades intelectuales, menores o personas consumidoras con menores a cargo, mujeres y violencia de género asociada al consumo de drogas, etc.

La intervención con pacientes diagnosticados de patología dual puede requerir más recursos de los esperados y puede acabar con el abandono voluntario o el cese del tratamiento, lo que conlleva en algunos casos la pérdida del sentido y de la confianza de la propia persona y puede generar impotencia por no saber qué hacer o cómo actuar. Por una parte, eso pone de manifiesto la importancia del enfoque de un tratamiento tanto para la persona diagnosticada como para el sistema y los referentes que la envuelven, de tal manera que la persona se vea inmersa en el tratamiento fijando objetivos comunes en su plan de intervención. Por otra parte, nos invita a reflexionar sobre la flexibilidad o la temporalidad de las estancias en recursos tanto sociales como sanitarios para poder abordar las dificultades que se puedan dar.



Y es que, como bien se ha dicho anteriormente, tanto en salud mental como en drogodependencias existen ambas problemáticas. Si vemos el perfil de algún hospital de día de psiquiatría, encontramos personas que consumen en la actualidad o han consumido, siendo un objetivo a tratar en el plan de tratamiento individual dentro de su patología. Los centros de drogodependencias se constatan cada vez más como centros especializados en estas dos patologías. Asimismo, en los hospitales se crean unidades de patología dual específica o camas con este fin para tratar diagnósticos duales. Según datos aportados en el *Libro blanco sobre los recursos para pacientes con patología dual en España* (2015, p. 8):

Se estima que un 27% de la población adulta, entre 18 y 65 años, ha experimentado como mínimo un trastorno mental durante el pasado año, incluyendo trastornos relacionados con el consumo de sustancias, las adicciones, psicosis, depresión, ansiedad y trastornos alimentarios (OMS [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)).

## Unidades de patología dual (UPD) y creación del centro de salud mental y adicciones (CSMIA)

Tal y como se ha citado anteriormente y atendiendo a un aumento en la necesidad y demanda de atención para personas con patología dual, en el 2001 se crea, en el Hospital Sagrat Cor de Martorell, una primera unidad de patología dual integrada en unidades de psiquiatría con financiación pública, destinada a atender casos de trastornos mentales comórbidos con los derivados de otras sustancias como el alcohol. En 2002 en la misma entidad, se presenta una nueva unidad de patología dual y alcoholismo de Benito Menni (complejo asistencial en salud mental, Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús) en Sant Boi del Llobregat (San Molina, Solé Puig, 2003).

Hoy en día podemos encontrar unidades hospitalarias de esta índole en Reus (Clínica Psiquiátrica Universitaria, Instituto Pere Mata), en Girona (Instituto de Asistencia Sanitaria) y en Barcelona, dos unidades, en el Centro Dr. Emili Mira y en el Centro Fórum (Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Parc de Salut Mar).

Los hechos citados orientan y desarrollan una atención integral de las dos patologías a nivel hospitalario. Surge también la unión entre los dos servicios que dan soporte de manera ambulatoria a pacientes de centros de salud mental para adultos (CSMA) y de centros de atención y seguimiento a drogodependientes (CAS). Así se creó en el 2012 el centro de salud mental y adicciones (CSMIA) que pertenece al Hospital Mare de Déu de la Mercè, situado en el distrito de Gràcia (Barcelona), donde se sigue de manera ambulatoria a pacientes de salud mental, de drogodependencias o de patología dual. La demanda creciente de puestos para pacientes de patología dual, según cita la Dra. Guasch, doctora y coordinadora del dispositivo, provoca que en 2017 se amplíe a un segundo CSMIA<sup>4</sup> en el mismo distrito de la ciudad (Metrópoli Abierta, 2020). Con este nuevo concepto de recurso, la atención pasa a ser integrada y complementaria, evitando una duplicidad de recursos y de profesionales y vacíos asistenciales, que se podían dar cuando estos casos estaban en tierra de nadie.

El 19 de abril de 2018 en Acta Sanitaria (Irún, 2018) se cita España como país pionero y referente mundial en la atención a patología dual tras la celebración de las XX Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Patología Dual (SEDP), nombrando el incremento de personas diagnosticadas y aumentando el estudio de casos. Este tipo de diagnóstico “se da en un 70% de los pacientes que acuden a los servicios de salud mental, siendo un reto que los clínicos deben asumir, ya que genera necesidades diagnósticas y de tratamiento” (Roncero, 2018).

Este tipo de intervención dual hace que las dos redes se planteen de manera conjunta, realizando una atención global de la persona diagnosticada y aportando una visión integradora

Este tipo de intervención dual hace que las dos redes se planteen de manera conjunta –aunque hoy en día aun sea una asignatura pendiente de la configuración de la estructura del sistema sanitario–, realizando una atención global de la persona diagnosticada y aportando una visión integradora. Asimismo, aumenta la visibilidad de adicciones comportamentales, ya que también se integran dentro de este diagnóstico dual.

## Intervención de la persona con patología dual

El perfil de diagnosticados de patología dual abarca todas las edades, desde adolescentes y jóvenes hasta personas que llevan un recorrido bastante amplio en la red de salud mental o en la de drogodependencias.

En primer lugar, por protocolos establecidos para una primera entrevista de exploración (López, 2010, p. 67) podemos empezar recogiendo datos biográficos relativos a la familia, referentes, roles, alianzas, situaciones de crisis que se hayan podido experimentar, enfermedades padecidas, etc.; datos relativos al consumo y a su salud mental como, por ejemplo, identificar patrones repetitivos o varios patrones y vías de consumo, desarrollo y cambios en el tipo de consumo a lo largo de diversas etapas de vida, tipos de sustancias, rituales utilizados, consumo acompañado o en solitario, para qué utiliza las sustancias o cuándo se desencadenan adicciones comportamentales, hechos vitales desencadenantes tanto en consumo como en trastorno mental, primeros diagnósticos en salud mental, número de ingresos en unidades hospitalarias de ambas redes, así como de centros de rehabilitación y reinserción social, etc.; datos formativos y profesionales como, por ejemplo, metas alcanzadas, rendimiento académico y formación y vida laboral, sucesos importantes en este sentido, vivencias en empresas y escuelas, etc. En esta entrevista de exploración, podemos encontrar personas que se sienten cómodas explicando su situación e historia de vida o personas a las que les cansa y les agota volver a esparcir su biografía de consulta en consulta, según varios relatos de personas atendidas que, a pesar de no poder ser consideradas como grupo de estudio significativo, consideramos que son ilustrativos. Esto nos lleva a reflexionar sobre cómo encontrar los mecanismos para recabar la información requerida por el servicio al que se pertenece y desde el que se interviene y cómo vincular de forma constructiva y positiva a la persona (Bermejo, 2012, p. 21).



Es el momento de ver en qué etapa se encuentra la persona, ya que los profesionales a veces podemos tender a anticiparnos sobre lo que necesita o sobre lo que le iría bien, pero puede que no esté por la labor, que no se sepa ver en un tipo de recurso u otro, que sienta que no está preparada, que nos comunique que no está dispuesta a renunciar al tipo de vida que sostiene o que no vea la gravedad del asunto, puede que sienta miedo e inseguridad al facilitar los datos que administrativamente se requieren para poder realizar la historia clínica y que pueden dificultar el inicio del vínculo. Frases como “ha de caer más bajo” o “ha de perder más cosas” o “si siempre se le salva no renunciará a nada” a veces llenan las paredes de nuestros despachos con resignación. Y es que la dificultad con la que nos encontramos muchas veces es que hasta que no se dan las consecuencias de los actos producidos por el consumo o la enfermedad mental bajo los efectos de sustancias, la persona puede sentir que no tiene la capacidad de afrontar que realmente debe tratarse. En el fondo, debe confiar en nosotros y en que puede enfocarse hacia otro tipo de vida. Se podría dar una falsa seguridad en el control del consumo, la dificultad de la falta de conciencia y de la aceptación del trastorno mental, pudiendo llevar a la persona a un camino tardío en la conciencia de la adicción y de la necesidad de ponerse en manos de profesionales.

Podemos encontrar muchas formas de intervenir, tantas como personas existen. Plasmar el recorrido de vida de la persona y ver en qué punto está, ayudándole a crear y ver un futuro que ella misma escoja, formaría parte de empezar a trabajar desde otro tipo de referente, libre de pesos y vivencias del pasado. Trabajar la conciencia, la forma como se toman las decisiones en función de si se está bajo el efecto de sustancias o no y generar un espacio para que vuelva a creer en ella misma y pueda crear un nuevo camino es una tarea significativa para empezar a construir otro tipo de imagen interna diferente a la conocida.

Cuida tus pensamientos porque se volverán actos.  
 cuida tus actos porque se harán costumbre.  
 Cuida tus costumbres porque formarán tu carácter.  
 Cuida tu carácter porque formará tu destino.  
 Y tu destino será tu vida.

Gandhi.

Uno de los primeros objetivos podría ser trabajar el autoconocimiento y el crecimiento personal para que la persona se permita escoger quién quiere ser y, después, dotarla de herramientas para conseguirlo

Rescatando relatos de experiencia profesional, cuando hablamos con pacientes de esta índole llegan a comentar que no recuerdan cómo son o quiénes han sido sin las sustancias o sin la etiqueta de enfermo mental, viéndose incapaces de construirse otro tipo de vida. Quizás, uno de los primeros objetivos podría ser trabajar el autoconocimiento y el crecimiento personal para que la persona se permita escoger quién quiere ser y, después, dotarla de herramientas para conseguirlo en la medida que sus capacidades y su etapa vital lo permitan.

Las unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD) nos brindan el acceso a parar el consumo activo de sustancias y poder ver el trastorno mental que exista bajo el efecto de las mismas o cuando ya no están activas en el cuerpo. Al pasar a unidades psiquiátricas o de patología dual (UPD) de más larga estancia se puede elaborar un diagnóstico mental más ajustado que al del inicio. En este punto, en la mayoría de los casos se suele dar una estabilidad tanto física como emocional cuando la persona siente que la institución la protege y la sostiene. A veces cubrir necesidades fisiológicas como dormir, comer con horarios establecidos y estar atendido por diversos profesionales son un inicio para que la persona pueda comprobar que se siente de manera diferente y que va siendo dueña de pequeñas decisiones. En otros casos, la persona puede que no sea capaz de sostener esta rigidez en cuanto a normativas y horarios y demande un alta voluntaria. Entonces el médico referente del caso puede cursar un ingreso involuntario activando vías judiciales para preservar el bienestar de la misma.

Cuando se pasa a recursos como las comunidades terapéuticas, donde la estancia ya es de seis meses o más y completamente voluntaria –a no ser que se imponga una medida penal como alternativa a medidas privativas de libertad–, se aleja a la persona del entorno que le ha podido estar influencian-

do, en la mayoría de las ocasiones, autodestructivo y en espiral, del que la persona –según relatos de la práctica profesional– siente que no puede salir por sus propios medios. En la actualidad, tal y como describió J. Morillo en la conferencia “Tratamiento residencial en comunidad terapéutica para personas drogodependientes”, realizada el pasado 3 de octubre de 2019 en la Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés, Universidad Ramon Llull,<sup>5</sup> las comunidades terapéuticas han tenido que acomodar los tratamientos que ofrecían, ya que más de la mitad de los casos atendidos, según narran los profesionales de los centros que forman la Federación Catalana de Drogodependencias, son personas diagnosticadas en patología dual. Algunos de estos cambios se han llevado a cabo flexibilizando horarios, acomodando objetivos terapéuticos en el plan individualizado de tratamiento integral (PTI), formando a las personas no solo en entender sus procesos y mecanismos de consumo sino en entender y asumir la patología mental que padecen, entre otros. Al sumar tiempo y práctica diaria sin consumo y estabilizando el diagnóstico mental inicial con la medicación pautada, en numerosas ocasiones sería necesario volver a diagnosticar a la persona y acomodar la pauta de medicación, ya que puede dejar de presentar síntomas y conductas que en un inicio mostraba o presentar otras diferentes. Esto puede ser consecuencia de una abstinencia prolongada en el tiempo, de la estabilidad del trastorno mental y de la toma de una medicación adecuada, de tener cubiertas las necesidades básicas en el tiempo y no estar en estado de alerta o de supervivencia, de poner en orden aspectos de la trayectoria de vida que estaban sin resolver o por ordenar y del trabajo terapéutico proporcionado tanto por los profesionales a nivel interdisciplinar como por la fuerza del grupo de iguales, etc.

En esta etapa, hay usuarios que van sosteniendo este tipo de tratamiento pasando ya a programas de reinserción y posteriormente a programas de soporte a la vida autónoma. Podemos encontrar otros casos que cursan alta voluntaria, casos que incumplen acuerdos hasta ser cesados y acaban dejando el tratamiento o casos que vuelven a descompensarse psiquiátricamente y necesitan un reingreso en alguna unidad hospitalaria para volver a ser estabilizados, y puede que quieran volver a la comunidad terapéutica o no. Y es que a veces nos encontramos que las personas han de pasar varias veces por centros hospitalarios y por recursos sociales de tratamiento y reinserción para que las intervenciones realizadas y la experiencia consigo misma en entradas y salidas de recursos hagan mella, vayan dejando semillas y surjan los primeros brotes: las primeras etapas de crecimiento personal y un estilo de vida en el que la persona sienta que lleva las riendas.

Del mismo modo, cabe señalar que en cada estancia hospitalaria o de reinserción, ambulatoria o interna, los profesionales que actuamos en primera línea apostamos por la reinserción de las personas con las que tratamos, y creemos que podemos ofrecerles un espacio donde se puedan volver a dibujar en otros escenarios más ecológicos, conscientes y consecuentes, donde



sientan que son dueñas de su vida, aunque eso represente idas y venidas del sistema o aunque se vivan en etapas tan impulsivas o de autodestrucción que no sea posible intervenir para lograr mejoras.

## Conclusiones

En referencia a las descripciones aportadas sobre perfiles de personas diagnosticadas de patología dual podemos señalar la necesidad de recursos asistenciales y de un tratamiento continuado de rehabilitación y reinserción social especializado con una atención integral.

Los profesionales deben estar formados y disponer de espacios para reciclarse, sin embargo, a menudo no se dispone ni de tiempo ni de recursos materiales o económicos para proporcionar esta formación. Los circuitos de asistencia sanitaria, de tratamientos, de reinserción y lúdicos deben estar relacionados y tener objetivos comunes con la finalidad de lograr la máxima autonomía y capacidad en el individuo. La red de profesionales y de recursos debe conocerse y establecerse en grupos de trabajo y reuniones de circuitos y protocolos de actuación y de crisis. Los profesionales, aunque pertenezcan a diferentes recursos, entidades, empresas, fundaciones o asociaciones, deben actuar como compañeros de trabajo y formar equipo.

La mirada debe acercarse de forma inminente a una amplitud sistémica e integral de las dos patologías, ya que la intervención cojea si solo se enfoca desde una patología u otra o solo se quiere trabajar un área de la persona.

**El trabajo con las familias y los referentes debe ser de vital importancia para salvaguardar a las personas que sostienen y dotarlas de habilidades y capacidades**

El trabajo con las familias y los referentes debe ser de vital importancia tanto para salvaguardar a las personas que sostienen y dotarlas de habilidades y capacidades para estar a su lado, como para acompañar y paliar sensaciones de culpa, impotencia, rabia y frustraciones en cuanto a la crianza y desarrollo de sus seres queridos.

El trabajo consiste en atender a las personas que padecen estas idas y venidas tanto de crisis en salud mental como de recaídas en drogas o en adicciones comportamentales y, asimismo, en dar soporte al sistema en el cual se encuentre inmersa la familia, la pareja y los referentes vitales en su día a día. La mirada debe ser flexible, huyendo de normativas rígidas que puedan hacer saltar a las personas de recurso en recurso, agotando oportunidades y estancias. Para ello es necesario que la dotación económica al sistema sanitario y social sea acorde con las necesidades que surgen en el momento en que nos encontramos, puesto que muchos de los casos de patología dual son atendidos dentro del sistema, pero algunos nunca llegan y permanecen invisibles a la sociedad. Estos casos únicamente son tratados cuando asoma la punta del iceberg y se activa el engranaje de sistemas judiciales con consecuencias de penas privativas de libertad o medidas penales alternativas.

Acertar el recurso o la unidad que se debe asignar en función de la patología o del momento vital de la persona es esencial para contribuir a un éxito o sumar más fracasos a su historia de vida. La intervención a nivel comunitario y social aun es precaria si tenemos en cuenta el número de casos que hay en las unidades de patología dual o de CSMIA y en los que muchas familias están inmersas.



Gemma González Méndez  
 Centro de salud mental y adicciones (CSMIA)  
 Distrito de Gràcia - Barcelona  
 Hospital de Psiquiatria Mare de Déu de la Mercè  
 Profesora asociada  
 Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés  
 Universidad Ramon Llull  
 ggonzalez@peretarres.url.edu

## Bibliografía

- Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesias, B.; Basurte, I.; Morant, C.; Babin, F.** (2013). Alcohol abuse or dependence and other psychiatric disorders. Madrid study on the prevalence of dual pathology. *Mental Health and Substance Use*, 6(4), 339-350.
- Arpana, A.; Neale, M. C.; Prescott, A. C.; Kendler, K.** (2004). A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs. *Psychological Medicine*, 34, 1227–1237. doi: 10.1017/S0033291704002545
- Belin, D.; Mar, A. C.; Dalley, J. W.; Robbins, T. W.; Everitt, B. J.** (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, 320, 1352–1355. doi: 10.1126/science.1158136
- Bermejo, G.** (2012). Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones. Documento Técnico del Instituto de Adicciones. Madrid. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>
- Casas, M.** (2014). *Breve historia de la Patología Dual*. Recuperado de <http://www.fundacionacorde.com/breve-historia-pd.html>
- Casas, M.; Guardia, J.** (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2 (1).195-219.
- Cloninger, C. R.; Przybeck, T. R.; Svrakic, D. M.; Wetzel, R. D.** (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality.

**Correa, A. C. M. C. N.; Evia-Mónica, V.; Jiménez-Alicia G. B. I. A.; Piazza-Natalia, M. F.; Rodríguez-Tamara, R. D. T. M. (2015).** *Salud mental, psicología y comunicación participativa.*

**Evren, C.; Durkaya, M.; Evren, B.; Dalbudak, E.; Cetin, R. (2012).** Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 31, 81–90. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00303.x

**Federació Catalana de Drogodependències.** Recuperado de <http://www.fcd.cat>

**Garcia, A. (1978).** Franco Basaglia: Debajo de toda enfermedad psíquica hay un conflicto social. Recuperado el 22/08/2019 de <https://primeravocal.org/franco-basaglia-debajo-de-toda-enfermedad-psiquica-hay-un-conflicto-social/>

**Hasin, D.; Fenton, M. C.; Skodol, A.; Krueger, R.; Keyes, K.; Geier, T.; Grant, B. (2011).** Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of general psychiatry*, 68(11), 1158-1167.

**Irún, G. (19/04/2018).** *España es pionera y referente mundial en la atención a la patología dual.* Recuperado de <https://www.actasanitaria.com/espana-pionera-patologia-dual/>

**Kessler, R. C. (2004).** The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry*, 56(10), 730-737.

**Kessler, R. C.; Nelson, C. B.; McGonagle, K. A.; Liu, J.; Swartz, M.; Blazer, D. G. (1996).** Comorbidity of DSM–III–R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *The British journal of psychiatry*, 168(S30), 17-30.

**Libro Blanco de Patología Dual. Recursos para pacientes con Patología Dual en España. (2015).** Recuperado de <https://patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual.pdf>

**López Peláez, A. (2010).** *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social.* Madrid: Universitas.

**Márquez-Arrico, J. E.; Adan, A. (2013).** Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25(3), 195-202. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/46>

**Martín, E. (2007).** Psicología y atención a la drogodependencia en España: una visión histórica. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 41-48. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828106.pdf>

**Metrópoli Oberta ((2020).** *Trasladan el primer CSMIA de Barcelona al Hospital d'Esperança.* Recuperado el 23/01/2020 en [https://www.metropoliabierta.com/el-pulso-de-la-ciudad/sanidad/trasladan-csmia-barcelona-hospital-esperanca\\_23424\\_102.html](https://www.metropoliabierta.com/el-pulso-de-la-ciudad/sanidad/trasladan-csmia-barcelona-hospital-esperanca_23424_102.html)

**Morera, J. A.; Noh, S.; Hamilton, H.; Brands, B.; Gastaldo, D.; Wright, M. G. (2015).** *Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios Costarricenses.* Texto & Contexto Enfermagem, 24, 145-153.

**Muniz Pérez, T.** (2017). *Legislación en Salud Mental en Uruguay: hacia un abordaje integral en perspectiva de derechos.*

**Piedras, A.** (2015). *La reforma psiquiátrica: Del encierro a la inserción.* Recuperado el 13/03/2015 de [https://psiquiatria.com/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/la-reforma-psiquiatrica-del-encierro-a-la-insercion/](https://psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/la-reforma-psiquiatrica-del-encierro-a-la-insercion/)

**Pulay, A. J.; Stinson, F. S.; Ruan, W. J.; Smith, S. M.; Pickering, R. P.; Dawson, D. A.; Grant, B. F.** (2010). The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence—results from a national survey. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 141-145.

**Regier, D. A.; Farmer, M. E.; Rae, D. S.; Locke, B. Z.; Keith, S. J.; Judd, L. L.; Goodwin, F. K.** (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.

**Rodríguez-Llera M. C.; Domingo-Salvany A.; Brugal M. T.; Hayes N.; Vallés N.; Torrens M.; Alonso J.** (2002). Prevalencia de patología dual en jóvenes consumidores de heroína: resultados preliminares. *Gaceta Sanitaria*.

**Roncero, C.; Barral, C.; Grau-Lopez, L.; Bachiller, D.; Szerman, N.; Casas, M.; Ruiz, P.** (2011). Protocols of dual diagnosis intervention in schizophrenia. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(3), 131-154.

**Roncero C.; Vega P.; Grau-López L.; Mesías B.; Barral C.; Basurte I.; Rodríguez-Cintas L.; Martínez-Raga J.; Piqué N.; Casas M.; Szerman N.** (2015). Relevant differences among Spanish autonomous communities in professionals perception and degree of knowledge on the existence of resources for dual pathology patients. *Actas Españolas de Psiquiatría* (in press).

**Ruiza, M.; Fernández, T.; Tamaro, E.** (2004). *Biografía de Franco Basaglia.* En *Biografías y Vidas.* La enciclopedia biográfica en línea. Barcelona. Recuperado de <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/b/basaglia.htm> el 13 de abril de 2020.

**Rush, B.; Koegl, C. J.** (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 810-821.

**San Molina, L.; Solé Puig, J.** (2003). Unidad de patología dual-alcoholismo de Benito Menni C.A.S.M. de Sant Boi de Llobregat. *Informaciones psiquiátricas*, tercer trimestre 2003. Número 173. Recuperado de [http://www.informacionespsiquiatricas.com/antiores/info\\_2003/03\\_173\\_01.htm](http://www.informacionespsiquiatricas.com/antiores/info_2003/03_173_01.htm)

**Swendsen, J.; Conway, K. P.; Degenhardt, L.; Glantz, M.; Jin, R.; Merikangas, K.; Kessler, R. C.** (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6), 1117-1128.

**Szerman, N.; Lopez-Castroman, J.; Arias, F.; Morant, C.; Babín, F.; Mesías, B.; Baca-García, E.** (2012). Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance use & misuse*, 47(4), 383-389.

**Szerman, N.; Casas, M.; Bobes, J.** (2013). Perception of Spanish professionals on therapeutic adherence of dual diagnosis patients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(6), 319-29.



- Szerman, N.; Martínez-Raga, J.; Peris, L.; Roncero, C.; Basurte, I.; Vega, P.; Casas, M. (2013).** Rethinking dual disorders/pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(1), 1-10.
- Szerman, N. (2017).** 7 de cada 10 personas adictas a drogas sufren algún trastorno mental. Recuperado el 23/03/2017 de <http://www.fundacionacor-de.com/siete-de-cada-diez.html>
- Torrijos Martín, M. (2015).** Patología dual y enfermería: Revisión bibliográfica. Recuperado de [http://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/es\\_TFG764.html](http://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/es_TFG764.html)
- Torreblanca, S.; Amorós, F.; Crende, F. (2004).** Daños causados por personas con trastornos mentales. *Indret*, 2, 12-15.
- Vicario, H.; Romero, A. R. (2005).** Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral*, IX, 2, 137-135.
- Weaver, T.; Madden, P.; Charles, V.; Stimson, G.; Renton, A.; Tyrer, P.; Paterson, S. (2003).** Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 304-313.
- Zuckerman, M. (2002).** Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factor model. En De Raad, B. y Perugini, M. (Eds), *Big five assessment* (p. 377-396). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.

- 
- 1 Fuente: <https://www.fsyc.org/proyectos/comunidad-terapeutica-can-coll/>
  - 2 Salud Mental en Cataluña. Mapa de Recursos en Salud Mental en Cataluña en materia de asesoramiento y orientación, formación y capacitación, recursos sociales, vivienda y tutelas y trabajo. Recuperado de <https://www.salutmental.org/salut-mental/mapa-de-recursos-i-serveis-nivel1/>  
CatSalut. Servei Català de la Salut. Atención a la salud mental y adicciones. Actualizado el 10/02/2020 Recuperado de <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>
  - 3 Generalitat de Cataluña. Drogas. Red asistencial de recursos de atención a las drogodependencias. Actualizado el 26/04/2017. Recuperado de [http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa\\_de\\_recursos\\_assistencials/](http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/)
  - 4 Hermanas Hospitalarias, Hospital Mare de Déu de la Mercè. *Entra en funcionamiento el CAP Vila de Gràcia Cibeles*. Recuperado el 21 de noviembre de 2017 de <https://hospitaldelamerce.com/2017/11/21/hola-mundo-4/>
  - 5 Fuente: <https://www.url.edu/es/sala-de-prensa/agenda/conferencias-y-jornadas/2019/conferencia-tratamiento-residencial-en-comunidad-terapeutica-para-personas-drogodependientes>
-