

Col·loqui: adolescents i joves policonsumidors de drogues amb trastorns psiquiàtrics associats

ADOLESCENTS I JOVES AMB TRASTORNS DE CONDUCTA I/O AMB PATOLOGIA DUAL: UNA PROPOSTA D'INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA

Montserrat Magrané i Delfin
Directora General

Ramon Martí i Montraveta
Director Mèdic

Jordi Royo i Isach,
Director Clínic d'Amalgama-7,
Centre d'atenció biopsicosocial al jove i a l'adolescent

Amalgama-7, una proposta d'atenció terapèutica i educativa per a joves adolescents i les seves famílies,

Amalgama-7, Centre d'atenció biopsicosocial per a joves i adolescents (<http://www.amalgama7.com>), és una institució privada que neix l'any 1997, i actualment compta amb més de 3.500 històries clíniques obertes. Disposa d'un equip interdisciplinari format per més de 80 professionals (metges, psicòlegs, psiquiatres, treballadors socials, professors, mestres i llicenciats, educadors i monitors).

El perfil majoritari dels nostres usuaris és de joves i adolescents, de procedència privada i pública, que realitzen comportaments de risc i/o afectats per patologia dual (consum, policonsum, abús, dependència de drogues associat a trastorn psiquiàtric), i les seves famílies. El model de la intervenció terapèutica emprada és de caràcter integral (bio-psico-socio-educativa i legal).

Amalgama-7 compta amb diversos recursos assistencials, tots ells homologats i registrats pels departaments de Salut i Benestar de la Generalitat de Catalunya: centres sociosanitaris ambulatoris de consultes externes (a Barcelona i Madrid), el centre sociosanitari rural CTE Valldaura (al Berguedà), els centres sociosanitaris urbans CTE Julià Romea i CTE Vallcarca (a Barcelona) i el centre residencial de suport a la reinserció per a majors de 18 anys CTE Valldaura Nou (també al Berguedà). Entre tots, es disposa de 100 places residencials simultànies. Complementàriament, es disposa també de places de Centre de dia amb suport acadèmic als centres sociosanitaris urbans.

El tipus de derivació majoritari és, per aquest ordre, la derivació privada de pacient a pacient ("boca-orella"), dels centres sanitaris (hospitals, UCA, centres de salut, professionals liberals), dels centres escolars (públics, concertats, privats), de les accions preventives i docents, i del web o de mitjans de comunicació.

Els pacients de derivació pública provenen majoritàriament de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA, Generalitat de Catalunya), del Ministeri de Salut, Benestar i Treball del Govern d'Andorra, de l'Institut Català de l'Adopció (ICA, Generalitat de Catalunya), i es reben també demandes, entre d'altres, del Servicio de Prevención y Protección a la Infancia y Adolescencia de l'Instituto Aragonés de Servicios Sociales, de Serveis Socials del Consell Insular de Menorca, de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca, del Servicio Murciano de Salud, de la Dirección General de la Familia de la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha...

Amalgama-7 compta amb concerts institucionals, amb els Departaments de Salut, Benestar, Justícia i Educació (Generalitat de Catalunya), el Congrés dels Diputats i Senat (Comisión Mixta para el estudio del problema de las drogas), el Consell Comarcal del Berguedà Així mateix, amb concerts amb universitats: Màster de psicopatologia clínica infanto-juvenil (UAB), Màster de drogodependències (UB), Màster en avaluació i tractament dels trastorns psicològics (UdG) i Residència de Psiquiatria de l'Hospital Santa Maria-UD Arnau de Vilanova de Lleida. I tenim places concertades de pràctiques per a llicenciats universitaris amb diverses universitats.

S'ofereix una atenció terapèutica i educativa que preveu una atenció individualitzada, en règim ambulatori (als centres de consultes externes) i en règim residencial (centres sociosanitaris urbans i rurals), i una atenció familiar, que es desenvolupa de forma individualitzada i en grup.

Respecte del tractament ambulatori, s'hi realitzen principalment les activitats següents:

- Acollida i primera visita informativa, adreçada en primera instància a pares i/o familiars i/o tutors legals del noi o noia adolescent o jove, amb

l'objectiu de conèixer la singularitat del cas i valorar la idoneïtat de ser atès o no des d'Amalgama-7.

- Primera visita, adreçada igualment a pares i/o familiars, amb la finalitat d'iniciar l'exploració diagnòstica individual i familiar.
- Visites diagnòstiques, adreçades al noi o la noia i, si és el cas, als pares i familiars, amb l'objectiu de determinar un diagnòstic i decidir un pla terapèutic individualitzat de caràcter ambulatori i/o residencial.
- Intervenció terapèutica, on, en funció del diagnòstic i del pla terapèutic establert, es programa una atenció individual i, si és el cas, de grup, tant per a l'adolescent o jove atès com per a la seva família.
- Grups formatius i terapèutics, adreçats en primera instància als adolescents i joves que han iniciat un tractament a Amalgama-7 i obert a grups d'alumnes que siguin derivats per escoles o d'altres centres educatius i assistencials. Es tracta d'informar i prevenir respecte dels principals comportaments de risc d'adolescents i joves.
- Programa de Calor i cafè: es tracta d'oferir un acolliment i suport als pares i/o familiars de l'adolescent o jove afectat per mitjà d'altres pares i/o membres de la Fundació Privada Portal (<http://www.fundaciportal.org>).
- Escola de Pares, adreçada a pares i mares i familiars d'adolescents i joves, segueixin o no tractament a Amalgama-7. Es tracta d'un curs on es treballen continguts teòrics i pràctics sota el lema "Estratègies familiars per millorar la comunicació entre pares i fills".

Respecte del tractament residencial, els criteris d'ingrés es determinen a partir d'una valoració d'indicadors de risc del pacient (comportaments de risc en els àmbits familiar, escolar, laboral, sexual, legal i social) i de la seva orientació diagnòstica.

Respecte del temps d'estada, en funció del diagnòstic i del pla terapèutic realitzat al centre ambulatori, es proposarà un ingrés: d'estabilització (inferior a 3 mesos), de curta estada (de 4 a 6 mesos), de mitja estada (de 7 a 12 mesos) o de llarga estada (superior a 1 any).

L'activitat terapèutica que s'hi duu a terme comprèn un vessant clínic, un vessant educatiu i un vessant acadèmic.

El vessant clínic desplega l'atenció mèdica, psicològica i psiquiàtrica individual, la psicoteràpia de grup, tallers de prevenció de riscos i similars, les dinàmiques psicoterapèutiques, amb la instrumentació

clínica (amb seguiment específic i seqüencial per consum de drogues per mitjà de determinacions de mostres a l'orina), analítica i psicomètrica pertinents.

El vessant educatiu desplega un programa d'activitats, interiors i exteriors, al propi centre residencial, estructurat en cinc blocs: activitats esportives, socioeducatives, socioculturals, sociolaborals i de lleure, així com activitats quotidianes organitzades en el planning diari, i les extraordinàries (ingressos, altes, aniversaris, dies festius, excursions, visites culturals...).

El vessant acadèmic ofereix que els pacients atesos, la majoria d'ells en edat escolar, puguin continuar o bé iniciar un pla formatiu adequat a les seves característiques.

Des dels centres residencials també es programen visites i sortides. En funció del diagnòstic i de l'evolució del pla terapèutic, els pares, les famílies i/o els tutors legals visiten periòdicament els nois i noies residents. Així mateix, es planifiquen de forma progressiva les seves sortides de cap de setmana, festius i períodes de vacances.

Per tant, es tracta d'un Pla terapèutic individualitzat, d'una intervenció "Feta a mida", integral (de caràcter bio-psico-socioeducatiu-acadèmic i, si s'escau, legal) i multidisciplinària (amb diferents professionals en cada cas, segons el pla terapèutic, que vol potenciar la participació activa de les famílies en el procés de tractament mitjançant una atenció individualitzada, de grup (setmanal), una atenció mixta (pares i fills) i una Escola de Pares sota el lema "Estratègies per millorar la comunicació entre pares i fills".

Complementàriament a aquest model assistencial, es tenen en compte els recursos biopsicosocials i educatius existents a la societat, com centres de salut (hospitals, centres d'atenció primària...), escoles (formació reglada, professional...), centres socioeducatius i laborals, centres esportius...

L'escola a Amalgama-7

Respecte de l'activitat acadèmica, l'objectiu és que la noia o el noi resident, o en règim de centre de dia, no abandoni els seus estudis acadèmics o bé n'iniciï de nous. Per a aquesta finalitat despleguem un ampli ventall de possibilitats.

El principal objectiu d'Amalgama-7 és atendre terapèutica, acadèmica i educativament els pacients. En el darrer curs 2011-2012, es varen matricular 132 alumnes amb trastorns conductuals, dels quals més d'un 80% havien tingut conflictes en tres o més escoles.

Respecte dels ensenyaments obligatoris, Amalgama-7 disposa d'un conveni amb el Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya en virtut del qual es poden impartir i avaluar l'educació secundària dels pacients atesos. Respecte dels ensenyaments postobligatoris, d'una banda, a partir d'un acord amb l'IOC (Institut Obert de Catalunya), es gestionen les matriculacions i s'imparteixen classes de diverses modalitats de Batxillerat.

Amalgama-7 també realitza una tasca de reforç i suport acadèmic per a aquells pacients matriculats a centres externs. En el curs curs 2011-2012 es va concretar en alumnes d'ESO i Batxillerat, cursos formatius de grau mig de Comerç, Atenció socio sanitària, Auxiliari d'estètica; cursos de grau superior d'Imatge i so, PQPI de Mecànica, Educació especial, Preparació a proves d'accés a grau mitjà (PAGM), Preparació a proves d'accés a grau superior (PAGS), Preparació per a la selectivitat, estudis veterinaris, estudis de Jardí d'infància...

Del total de pacients presentats a examen, varen aprovar un 71%. Dels que cursaren ESO, varen aprovar un 80%. Si es té en compte que la mitjana de fracàs escolar europeu es troba en el 15% i a Espanya aquesta supera el 30%, tot ens fa pensar que molts d'aquests pacients que no superen els estudis obligatoris no és a causa de dèficits cognitius, ans al contrari, com a conseqüència de dèficits motivacionals en moltes ocasions induïts o derivats de comportaments de risc i/o de suposats "trastorns de conducta". I que molts d'ells podrien reeixir si es disposés d'una atenció clínica i acadèmica adequada.

Trastorns de conducta. Característiques diagnòstiques

A grans trets, els adolescents i joves que demanden un tractament residencial a Amalgama-7 hi han estat derivats per un diagnòstic de trastorn de conducta (d'ara endavant, TC), i a la major part d'ells es confirma un diagnòstic de patologia dual.

Dins dels TC, els diagnòstics més freqüents són el trastorn negativista desafiant, el dèficit d'atenció amb hiperactivitat i el comportament pertorbador no especificat.

La prevalença del TC en la infantesa (5-10 anys) fluctua entre el 4,5 i el 7,5% en els nens i entre el 2,2 i el 3,2% en les nenes. En el cas dels adolescents, aquesta fluctua entre l'1,5 i el 3,5%. Les derivacions d'afectats per aquest trastorn a centres de salut mental infantil i

juvenil (CSMIJ) suposa d'un 40 a un 60% dels casos.

El pronòstic, en els casos més severos, no és favorable: fracàs escolar, conductes delictives, consum de substàncies, gran morbiditat, continuïtat psicopatològica entre els trastorns de la infantesa i l'edat adulta, i risc de marginació social.

Atès l'augment de la seva prevalença, les conseqüències adverses a nivell personal, familiar i social, la complexitat del seu maneig terapèutic i la gran implicació de professionals (psiquiatres, psicòlegs, pediatres, metges de família, assistents socials, mestres, jutges, policies...), el TC ha esdevinut un diagnòstic de gran rellevància clínica i social. Majoritàriament, aquests pacients presenten un perfil bàsic de: dificultats de convivència familiar; dificultats de rendiment escolar; consum, policonsum, abús o dependència tòxica; altres comportaments de risc en l'àmbit sexual, social i legal; i ús abusiu de noves tecnologies i oci passiu en general (TV, mòbil, videojocs, Internet)

El TC s'entén genèricament com una incapacitat per adaptar-se i respondre a les demandes socials i a seguir les normes i pautes que la majoria accepta. Aquesta definició posa el pes en la disfuncionalitat social i no en la psicopatologia individual. Una de les dificultats en la diagnosi dels TC rau en el fet que, de vegades, es valora com un problema moral/educatiu i no com un trastorn clínic. La gradació simptomàtica dels trastorns conductuals no és fàcil de precisar, ja que pot anar des de pràcticament l'absència de patologia fins a patologies psiquiàtriques greus. En aquest sentit, el diagnòstic 'Trastorn conductual' pot esdevenir un "calaix de sastre" i pot amagar les manifestacions simptomàtiques d'altres trastorns psiquiàtrics primaris més greus. En la infantesa, les línies divisòries entre allò normal i allò patològic no sempre són clares, sobretot en les fases inicials del trastorn.

En aquest sentit, considerem essencial que es pugui precisar un diagnòstic precoç de les possibles psicosis existents i que no romanguin ocultes rere un diagnòstic de trastorn conductual, més general i menys específic, del qual poden ser subsidiaris. Un diagnòstic primerenc de psicosi, si s'escau, permet iniciar abans un tractament que tingui en compte el "dèficit" del pacient i en situï la gravetat en la seva justa mesura. Tot això pot contribuir a reduir el desgast familiar i dels professionals davant de possibles falses expectatives que el diagnòstic de trastorn de conducta pot fomentar.

De la mateix manera, pot ajudar a reduir el sentiment de culpabilitat i de fracàs dels pares per una suposada incompetència educativa.

Les psicosis són l'espectre de malalties mentals de major severitat, amb conseqüències determinants en el desenvolupament personal i la interacció social de la persona que la pateix. Aquest diagnòstic és més difícil d'establir en la infantesa/adolescència, atès que pot cursar sense deliris ni al·lucinacions franques i presentar-se de forma insidiosa amb manifestacions conductuals, afectives, cognitives i relacionals.

Diversos autors aporten que abans de l'aparició d'un brot psicòtic hi ha una simptomatologia insidiosa caracteritzada per un dèficit en el funcionament social, familiar i laboral, dèficits cognitius i psicosis negativa, que poden ser l'expressió d'un trastorn psicòtic.

El concepte de psicosis negativa s'aproxima al resultat de l'evolució cap a la invalidesa psíquica apuntada per Kraepelin, o a la disfunció social i laboral del DSM-IV. Una psicosis precoç que es manifesta amb un deteriorament global del funcionament social i que s'expressa amb símptomes negatius o amb alguns símptomes positius atenuats.

El trastorn s'expressa per la pèrdua d'interessos, motivacions, relacions socials i, en definitiva, per absència de projecte vital. Es pot iniciar amb la interrupció, brusca o progressiva, del funcionament normal de l'infant/adolescent: abandonament de l'escola, no manteniment de les relacions d'amistat, descuit en la higiene, apatia, empobriment del discurs, conductes disfuncionals, i una dificultat progressiva per mantenir les exigències de la vida social.

El fet de detectar aquests infants/adolescents en risc pot fer possible una major cura i atenció de la psicosis, perquè a dia d'avui no la diagnosticuem i no la tractem habitualment, sinó anys després del seu inici.

Un dels nostres principals objectius clínics és el de detectar símptomes o signes prodròmics de la psicosis, buscar factors de risc, precisar el diagnòstic i iniciar, amb la major anterioritat possible, el tractament.

Estudi de seguiment dos anys després de l'alta clínica

Cada any, a Amalgama-7 es realitza l'estudi de seguiment de tots aquells pacients atesos en règim

residencial que fa dos anys que han assolit l'alta clínica. En el cas del darrer estudi, la població era de n=433, persones donades d'alta fins al 31 de desembre de 2009. Les condicions per la inclusió en l'estudi són: una entrevista amb el pacient, una entrevista familiar i almenys una determinació de drogues a l'orina. I es tracta de comparar la situació del pacient en el moment de l'ingrés i la seva situació 2 anys després de l'alta residencial respecte de tres àmbits principals:

1. Consum de drogues (abús/policonsum o addicció)
2. Patologia dual (concomitància de consum psicoactiu amb patologia psiquiàtrica), estructurada en 5 grans blocs:
 - Trastorns conductuals
 - Trastorns afectius
 - Alteració del control dels impulsos
 - Alteració del curs del pensament
 - Dèficits intel·lectuals
3. Comportaments de risc: en els àmbits familiar, escolar, laboral, sexual, legal i social.

La població estudiada la configuren un 67,21% d'homes i un 32,79% de dones, amb una mitjana d'edat de 16,7 anys (aproximadament un 70% d'aquests pacients es troben en la franja dels 15 als 17 anys). La seva derivació principal és el boca-orella (53,5%), seguit dels centres de salut, les administracions públiques i els centres escolars. Respecte dels seus pares, gairebé un 47% d'un d'ells té titulació universitària i un 42,30% de les famílies es troben en situació de conflicte, entenent aquest la presència d'algun o més d'un dels factors següents: almenys un progenitor absent, almenys un progenitor gran (major de 65 anys), almenys un progenitor consumidor de substàncies, trobar-se separats o en procés de separació o divorci, i almenys un progenitor amb antecedents de trastorn psiquiàtric.

Un 12,24% dels pacients són fills adoptats, un 80% estudiaven ESO i gairebé un 80% portaven entre 1 i 3 anys de consum de drogues i/o d'evolució del conflicte motiu de la demanda d'ingrés. Respecte d'aquest consum, un 26,1% presentaven un comportament addictiu i un 65,3% abús/policonsum de substàncies. I un 60% d'ells havia realitzat entre 1 i 2 tractaments anteriors.

Respecte del diagnòstic psicopatològic, el bloc diagnòstic amb més incidència en aquesta població és, amb un 41,8%, el dels trastorns conductuals i

d'aprenentatge (com ara trastorn negativista desafiant, trastorn disocial, TCPNE, TDAH), seguit de l'Alteració del curs del pensament (TP clúster A-trastorn esquizotípic, trastorn psicòtic-esquizofrènia i esquizofrènia simple o psicosi negativa) amb un 29,4%, l'Alteració del control dels impulsos (com ara TP clúster B-TLP i trastorn antisocial) amb un 26,7%, i, amb menor incidència, els trastorns afectius (que comprèn el trastorn d'ansietat, depressiu, TOC i els trastorns del comportament alimentari) i els dèficits intel·lectuals (retard mental lleu i capacitat intel·lectual límit).

Alguns dels resultats comparatius entre les variables revisades a l'hora d'ingressar i dos anys després de l'alta clínica ens mostren com: a) un 39,53% dels pacients no han experimentat cap recaiguda al consum de drogues, b) un 33,44% han experimentat alguna recaiguda però estan abstinents en l'actualitat (és a dir, en el moment de realitzar l'estudi de seguiment) i c) un 10,93% estan de nou en tractament. Així mateix, d) un 7,83% d'ells estan en situació de recaiguda al consum i e) un 1% en situació de privació de llibertat o èxitus. A més, f) hi ha un 7,27% de pacients que no s'han localitzat o no complien les condicions d'admissió per a l'estudi. Si agrupem en una sola variable les condicions a), b) i c), un 83,9% de la població estudiada està en situació favorable, respecte del seu consum de drogues, dos anys després de l'alta.

Respecte del diagnòstic psicopatològic, un 82,1% ha evolucionat favorablement i/o es troba compensat en l'actualitat, un 10,71% estan en situació de no seguiment psicoterapèutic i/o psiquiàtric (tot i que en precisen), i d'un 7,19% no hi ha informació fiable.

Respecte dels comportaments de risc que presentaven en ingressar d'un familiar (violència filioparental com ara agressions verbals, físiques...), escolar (absentismes, conflictes, rendiments acadèmics baixos, canvis freqüents d'escola...), laboral (absentismes, conflictes, canvis freqüents de feina...), sexual (relacions sexuals sense ús, o poc freqüent, de preservatiu...), legal (robatoris, furts, detencions i/o sancions administratives, judicis...) i social (baralles a l'escola, discoteca, futbol... amb armes o sense, en grups violents organitzats, judicis...) d'aquests s'han reduït notablement, i en molts casos extingit. Per a la discussió: es considera que les variables "temps d'ingrés" i "pronòstic" estan condicionades a l'èxit o no de les variables següents:

1. L'orientació diagnòstica i la concreció del Pla terapèutic.
2. L'adhesió del pacient al tractament.
3. L'adhesió terapèutica dels pares i/o familiars i/o tutors de referència.
4. L'assoliment dels objectius previstos en el Pla terapèutic de cada pacient durant l'ingrés residencial.
5. El Pla d'inscripció o reinserció social en el moment de l'alta.

Finalment, l'experiència clínica ens indica que si es produeix un canvi favorable en el/s conflicte/s motiu de la demanda assistencial, es produeix també un canvi favorable en altres àmbits, reduint-se notablement o extingint-se els comportaments de risc associats o derivats.

Bibliografia

- Royo Isach, J., Magrané, M., Vilà, R., Capdevila, M. E., Domingo, M. "Adolescentes, jóvenes y drogas de síntesis: una intervención preventiva desde un modelo biopsicosocial". A: Domènech-Llaberia, E. (ed.) *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. UAB. Servei de Publicacions, 2005 Ciència i Tècnica; 29. Psicologia: 255-70.
- Royo Isach, J. *Els rebels del benestar. Claus per a la comunicació amb els nous adolescents*. Barcelona: Alba Editorial, 2008 (3a ed.).
- Informe PISA 2009. <http://www.oecd.pisa.org>.
- Observatorio Español sobre Drogas. *Informe 2009 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2009.
- Torrens M; Martínez D. *Patología dual. Protocolos de intervención. Depresión*. Sociedad Española de Patología Dual. Edikamed. Barcelona 2009.
- Asociación Española de Patología Dual. "Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid". Presentat a les XII Jornadas de Patología Dual, SEPD. Madrid 2010.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Informe anual 2009: el problema de la drogodependencia en Europa*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo 2010.
- Royo Isach, J., Martí Monraveta, R., Fernández-Pola Garrido, O., Baliarda Hernández, C. "Adolescents, joves, drogues i patologia dual". *Butlletí d'Infància*. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2013 (en premsa).