



**TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**  
**Patología dual y trastornos de la adicción: un reto  
para el Trabajo Social**

**Autor:** Dña. Alicia Herrero Matia

**Tutor:** D. Juan María Prieto Lobato

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2019-2020

Fecha de entrega: 14 de Julio de 2020

**Para Celsa**

***Agradecimientos:***

Para ti abuela, por ser un pilar fundamental en mi vida y porque mis proyectos te sigan haciendo tanta o más ilusión que a mí.

**ÍNDICE GENERAL**

<b>Agradecimientos:</b> .....	<b>3</b>
<b>Índice de figuras:</b> .....	<b>5</b>
<b>Índice de tablas:</b> .....	<b>5</b>
<b>Relación de siglas empleadas:</b> .....	<b>5</b>
<b>Resumen:</b> .....	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN:</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1. Objeto</b> .....	<b>7</b>
<b>1.2. Objetivos</b> .....	<b>7</b>
<b>1.3. Justificación e interés de este Trabajo de este Trabajo de Fin de Grado</b> .....	<b>8</b>
<b>1.4. Metodología y Fuentes</b> .....	<b>9</b>
<b>1.5. Estructura del trabajo</b> .....	<b>10</b>
<b>2. LA PATOLOGÍA DUAL: APROXIMACIÓN CONCEPTUAL</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1. Salud y Salud Mental</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1.1. La Salud Mental desde un enfoque biopsicosocial</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1.2. Adicción y dependencia: la dimensión social.</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1.3. Adicciones relacionadas con el consumo de sustancias y adicciones                 comportamentales</b> .....	<b>22</b>
<b>2.1.4. Patología dual: concepto y dimensiones.</b> .....	<b>24</b>
<b>3. ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DUAL DESDE EL MODELO PARALELO. LA ATENCION A LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES.</b> .....	<b>27</b>
<b>3.1. Atención a la Salud Mental en España</b> .....	<b>27</b>
<b>3.2. Articulación y organización de la atención a las adicciones.</b> .....	<b>31</b>
<b>3. LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES. LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL, ADICCIONES Y PATOLOGÍA DUAL.</b> <b>38</b>	
<b>3.1. Evolución y desarrollo de la disciplina de Trabajo Social en el ámbito de la     psiquiatría y adicciones.</b> .....	<b>39</b>
<b>3.2. La intervención psicosocial en Salud Mental y Adicciones. La especificidad del     Trabajo Social.</b> .....	<b>41</b>
<b>4. CONSIDERACIONES FINALES: LA PATOLOGÍA DUAL, UN NUEVO RETO PARA EL TRABAJO SOCIAL</b> .....	<b>46</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>48</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>54</b>

Anexo I: El gradiente social español en Salud Mental. Encuesta ENSE 2017. Análisis de resultados. ....	54
<i>Datos riesgo de mala salud mental</i> .....	54
<i>Datos de prevalencia de ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental en población mayor de 15 años según su actividad laboral</i> .....	56
<i>Conclusiones generales obtenidas del estudio</i> .....	58
Anexo II: Antecedentes del Trabajo Social dentro Sanitario. ....	59

### ***Índice de figuras:***

Figura nº1: Modelo de Laframboise .....	12
Figura nº2: Determinantes de salud de Tarlov.....	13
Figura nº3: Antecedentes históricos de la atención a la salud mental .....	28
Figura nº4: Evolución de la asistencia a las drogodependencias.....	33
Figura 5: Evolución del Trabajo Social Sanitario.....	40

### ***Índice de tablas:***

Tabla nº 1: Evolución del concepto de salud durante el siglo XX .....	11
Tabla 2: Modelo Integrado y Modelo Paralelo.....	26

### ***Relación de siglas empleadas:***

<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>FEAFES</b>	Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>RAD</b>	Red de Atención a las Drogodependencias
<b>APROVAT</b>	Asociación Privada Valenciana de Ayuda a Toxicómanos
<b>SEIT</b>	Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías
<b>SAIT</b>	Sistema Autonómico de Información sobre toxicomanías
<b>OED</b>	Observatorio Español sobre Drogas
<b>SEIPAD</b>	Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas
<b>INIFD</b>	Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas
<b>APAT</b>	Asociación para la Prevención del Alcoholismo y otras Toxicomanías
<b>Programa DROSS</b>	Programa Drogodependencias y Servicios Sociales
<b>CCAA</b>	Comunidades Autónomas
<b>CRPS</b>	Centro de Rehabilitación Psicosocial
<b>CAD</b>	Centro de Atención a las Adicciones
<b>C.O.S</b>	Charity Organization Society

### **Resumen:**

La existencia de cierta comorbilidad entre algunas enfermedades mentales con trastornos relacionados con el consumo de sustancias es un fenómeno que poco a poco ha ido creciendo y desarrollándose a lo largo de las últimas décadas de forma 'silenciosa', siendo esta problemática una gran 'desconocida' dentro del ámbito de la salud mental adicciones.

Hoy en día gracias a las demandas planteadas desde la sociedad civil y diversas asociaciones pertenecientes al tercer sector la patología dual comienza a aceptarse como una realidad. En consecuencia, poco a poco ha comenzado a entretorse una red destinada a la atención de las necesidades de esta problemática, fundamentalmente desde el Modelo Paralelo.

Sin embargo, aunque se van produciendo avances y mejoras en la atención de las personas que padecen una patología dual, sigue quedando mucho camino por avanzar y recorrer hasta poder alcanzar esa atención integrada e integral que estas personas necesitan. En esta línea, las diferentes profesiones que desempeñan su actividad en el ámbito de la salud mental y los trastornos de la adicción, entre las que se incluye nuestra disciplina, deberán plantearse nuevas metas y objetivos asumiendo la Patología Dual como un nuevo reto.

Esta publicación pretende exponer la atención de la patología dual como un objeto de intervención propio del Trabajo Social, demarcando las funciones de nuestra profesión de las del resto de disciplinas y tratando de dar respuesta a cuestiones como *¿Qué es lo que puede aportar el Trabajo Social a la atención de la patología dual que otras profesiones como la medicina psiquiátrica, la enfermería o la psicología no puede aportar? ¿Dónde reside la especificidad del Trabajo Social en la atención a la Patología Dual? ¿Es prescindible la figura del trabajador social en la atención a la patología dual?*

### **Palabras clave:**

*Salud Mental, Adicciones, Trastorno de consumo de sustancias, Patología Dual y Trabajo Social*

## **1. INTRODUCCIÓN:**

A lo largo del presente documento se abordan diferentes asuntos relacionados con el papel que desempeña la figura profesional del Trabajo Social en el proceso de intervención y/o atención a las personas que padecen una patología dual, partiendo de la conceptualización de esta patología en relación con la enfermedad mental y trastornos de la adicción desde una perspectiva social.

Asimismo, junto con el estudio, análisis y reflexión de la atención que se presta desde el Modelo Paralelo de Atención vigente, se señalan las diversas alternativas de atención desde un modelo integrado planteadas por diversas asociaciones y entidades sociales dedicadas a la atención de la Patología Dual, Salud Mental y Adicciones, exponiendo las posibilidades y retos que los trabajadores sociales podrían asumir dentro de dicho modelo.

### **1.1. Objeto**

El objeto es la patología dual, así como los trastornos relacionados con la adicción, definidos desde una perspectiva social y considerando, de manera específica, el papel del Trabajo Social, su ámbito de estudio y su acción.

### **1.2. Objetivos**

La elaboración de éste Trabajo de Fin de Grado persigue la consecución de una serie de objetivos generales y específicos:

- **Objetivo general:**
  - Análisis y estudio de la patología dual como ámbito de reflexión e intervención profesional de la disciplina del Trabajo Social
- **Objetivos específicos:**
  - Definir el papel que desarrollan los trabajadores sociales durante el proceso de intervención social en la atención a las personas que presentan un Trastorno Mental y/o Trastorno de la Adicción, así como las funciones que corresponden a su ámbito y/o área de intervención.
  - Conocer y plantear nuevas funciones. Proponer nuevas competencias asumibles por los profesionales del Trabajo Social; señalar nuevas aportaciones del Trabajo Social en potencia o desarrollo para la atención de la patología dual.
  - Aproximación teórica, desde una perspectiva social, a la patología dual y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
  - Estudio del Modelo Paralelo de Atención a la Patología Dual.

- Acercamiento y análisis de las propuestas de intervención y coordinación entre la Red de Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias para la atención integral de las personas con patología dual planteadas desde diversas entidades.
- Comparación del Modelo Integrado de Atención a la Patología Dual con el Modelo Paralelo vigente en la actualidad, analizando sus pros y contras, y exponiendo los posibles retos a asumir por el Trabajo Social dentro del nuevo modelo.
- Conocer y demarcar las funciones y papel que desempeñan los profesionales del Trabajo Social dentro de los equipos multidisciplinares de intervención en el ámbito de la Salud Mental y Adicciones.
- Plantear nuevos retos asumibles por nuestra disciplina en cuanto a la atención de las personas con patología dual dentro del Modelo Integrado de Atención.

### **1.3. Justificación e interés de este Trabajo de este Trabajo de Fin de Grado**

En la actualidad, el marco al que el Trabajo Social se circunscribe incluye múltiples ámbitos de intervención. Dentro de cada uno de ellos se trabajan diversos aspectos de los individuos y su entorno, siendo especialmente importante garantizar aspectos como la atención integral o derechos y principios éticos esenciales como la individualidad y la autonomía.

Debido a la amplitud de posibilidades de intervención a desarrollar dentro de ámbito de la Salud, Salud Mental y Adicciones, existe una gran variedad de funciones que pueden ser desempeñadas por los trabajadores sociales y que podrán variar en función del perfil de usuario y del servicio o recurso desde el que se realiza la intervención. No se lleva a cabo el mismo tipo de intervención desde una Unidad Residencial de Larga Estancia con personas con una enfermedad mental crónica que desde un CAD o un Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Junto a esto, cabe señalar que el Trabajo Social en ocasiones es una profesión desconocida, no sólo en cuanto a su función y labor, sino también como concepto. Cuando decimos que somos trabajadores sociales no siempre se entiende, llegando incluso a confundirse con otras profesiones. Ésta cuestión no sólo afecta a la población general o a los destinatarios de la intervención, sino que también es una cuestión que afecta a algunos profesionales con los que los trabajadores sociales se coordinan e intervienen. Por esta razón, considero de especial relevancia aclarar la especificidad del trabajador social, señalando que es lo que se espera o debería esperarse de la intervención realizada por un profesional del Trabajo Social.

El papel desarrollado por los profesionales de Trabajo Social en el ámbito de la salud mental y adicciones es fundamental dado que dicho sector de población se caracteriza por ser un colectivo especialmente vulnerable y que plantea múltiples necesidades, las cuales se ven multiplicadas en aquellas personas que padecen una patología dual como consecuencia de la coexistencia de ambas problemáticas.

Por tanto la Patología Dual es, o al menos debería ser, un ámbito de especial relevancia e interés para el Trabajo Social por su especial vulnerabilidad y prevalencia, así como por la necesidad de una atención coordinada, especializada e integral, pudiéndose circunscribir su atención al ámbito de intervención del Trabajo Social.

Por todos estos motivos se puede considerar que este Trabajo de Fin de Grado es de especial interés para la disciplina del Trabajo Social.

#### **1.4. Metodología y Fuentes**

El desarrollo y elaboración de este documento se fundamenta en una revisión bibliográfica realizada a partir de la búsqueda de documentación en la que se incluyeron palabras clave como: 'Salud Mental', 'Adicciones', 'Patología Dual' y 'Trabajo Social' principalmente. Asimismo, esta búsqueda de documentación se realizó mediante la aplicación de los operadores booleanos 'OR' y, posteriormente, 'AND' y 'NOT' para concretar y delimitar el contenido y los resultados de esas búsquedas.

Como fuentes se han utilizado fundamentalmente bases de datos y gestores bibliográficos, tales como Google Scholar, CSIC y Dialnet, así como las páginas Web y publicaciones de diversas asociaciones acreditadas (FEAFES, Asociación Española de la Patología Dual, Socidrogalcohol) e instituciones competentes en materia de Sanidad, salud mental y adicciones.

A partir de estas búsquedas se han podido extraer diferentes artículos científicos y publicaciones, tales como manuales, tesis doctorales, leyes,... a partir de cuyo análisis y reflexión se ha podido obtener y contrastar la información empírica que ha permitido la elaboración de este documento.

En este punto, cabe señalar que prácticamente la totalidad de la bibliografía se caracteriza por presentar un soporte digital. El motivo de ello fue el cierre de las Bibliotecas, tanto de la Uva como municipales, el 14 de marzo ante la declaración del Estado de Alarma Sanitaria, suceso que dificultó y en muchos casos imposibilitó el acceso a material bibliográfico en soporte físico. Es el caso de publicaciones de autores como Antonio Escohotado, referente en materia de adicciones.

En esta misma línea, en cuanto al planteamiento metodológico, cabe señalar que éste también se vio afectado por dicha situación de crisis. Inicialmente el planteamiento metodológico propuesto para la elaboración de este TFG incluía el desarrollo de trabajo de campo basado en la realización de entrevistas a diferentes profesionales de Trabajo Social cuya actividad profesional se desarrolla en el ámbito de la salud mental y adicciones. Sin embargo, la entrada en vigor del Real Decreto 463/2020 el 14 de marzo

y la consiguiente declaración del estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 junto con su prorrogación, supusieron un inconveniente para su ejecución.

Por ello, fue necesario el replanteamiento de dicha metodología y su enfoque hacia el desarrollo de una revisión bibliográfica, realizándose dicha recopilación documental en formato digital y obviándose, forzosamente, casi toda la documentación física accesible, aspecto que al mismo tiempo ha supuesto un obstáculo en la medida en que no se ha podido acceder a algunos documentos previamente seleccionados.

No obstante el desarrollo de este TFG ha sido posible, obteniendo resultados satisfactorio y logrando un adecuado análisis de la situación actual de la salud mental, adicciones y patología dual que han permitido la elaboración de este documento.

### **1.5. Estructura del trabajo**

El presente trabajo se estructura en torno a cuatro apartados.

En el primero de ellos se realizará una primera aproximación, desde una perspectiva social, a los conceptos de salud, salud mental y adicción para poder pasar a hablar, posteriormente, del concepto de patología dual, explicando su situación actual y la atención que recibe desde el Modelo Paralelo de Atención.

Posteriormente, en el segundo apartado, analizaremos cómo se han configurado y articulado las redes de atención a la salud mental y los trastornos de la adicción, puesto que es mediante la coordinación de ambas la forma en la que se articula la atención a la patología dual desde el Modelo Paralelo de atención.

Siguiendo a este apartado, se expondrá la evolución que ha tenido nuestra disciplina en el ámbito de la psiquiatría y adicciones para, posteriormente, delimitar cual es el papel desarrollado por los trabajadores sociales en dicho ámbito, señalando su especificidad y sentando las bases para el desarrollo del último apartado.

Finalmente, en el cuarto y último apartado se desgrana, estudia y propone la patología dual como un nuevo reto asumible por y para el Trabajo Social, enfatizando la esencialidad y relevancia de nuestra disciplina para la adecuada atención de las necesidades de las personas que padecen una patología dual.

## **2. LA PATOLOGÍA DUAL: APROXIMACIÓN CONCEPTUAL**

A lo largo de este primer apartado se realizará una primera aproximación al concepto de salud, salud mental y patología dual desde una perspectiva social, demarcando el término salud y analizando la incidencia de los determinantes sociales en la salud individual y comunitaria y, específicamente, en cuanto a la salud mental y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

## 2.1. Salud y Salud Mental

Con el paso del tiempo el concepto de salud ha ido cambiando para tratar de adaptarlo a la realidad social, así como para poder prestar una adecuada atención sanitaria, garantizando la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (De La Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma, 2020).

**Tabla nº 1: Evolución del concepto de salud durante el siglo XX**

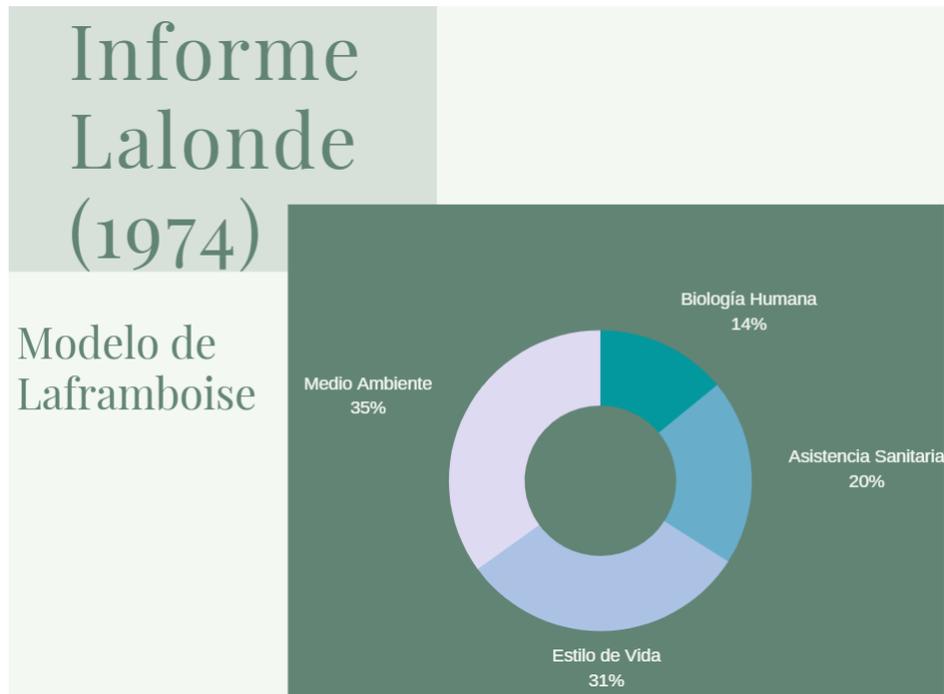
<u>Concepción tradicional.</u>	La salud es la ausencia de enfermedades e invalideces, es la vida en el silencio del cuerpo
<u>Salud como estado de bienestar</u>	El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades
<u>Salud adaptación, equilibrio, capacidad de funcionar</u>	La salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio
<u>Salud como forma de vida</u>	La salud es una forma de vivir que es satisfactoria, autónoma, solidaria y feliz.
<u>Salud positiva, potencial personal y factor de desarrollo humano.</u>	La salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente

**Fuente: P.A. Palomino Moral, M.L. Grande Gascón y M. Linares Abad (2014).**

Tradicionalmente el concepto de salud ha sido entendido como la ausencia de enfermedades hasta que la OMS, en el Preámbulo de su Constitución, amplía dicho concepto definiendo salud como *‘un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades e invalideces’* (OMS, 1948). Así se pasa a entender la salud en términos positivos, partiendo de una perspectiva biopsicosocial y multicausal en la que además se engloba la salud mental como parte de la misma.

La concepción del término salud desde una perspectiva que incluyese el impacto de los aspectos sociales, ambientales y comunitarios no hubiera sido posible sin las aportaciones en materia de salud pública del Doctor Marc Lalonde. Lalonde con la publicación de su informe *‘A New Perspective on the Health of Canadians’* puso de manifiesto la existencia de otros factores ambientales y/o conductuales (contaminación, estilo de vida,...) cuya influencia sobre la salud es mayor que la genética o la atención sanitaria, obviando que las principales causas de mortalidad, incidencia de enfermedades y discapacidad son evitables (Lalonde, 1974).

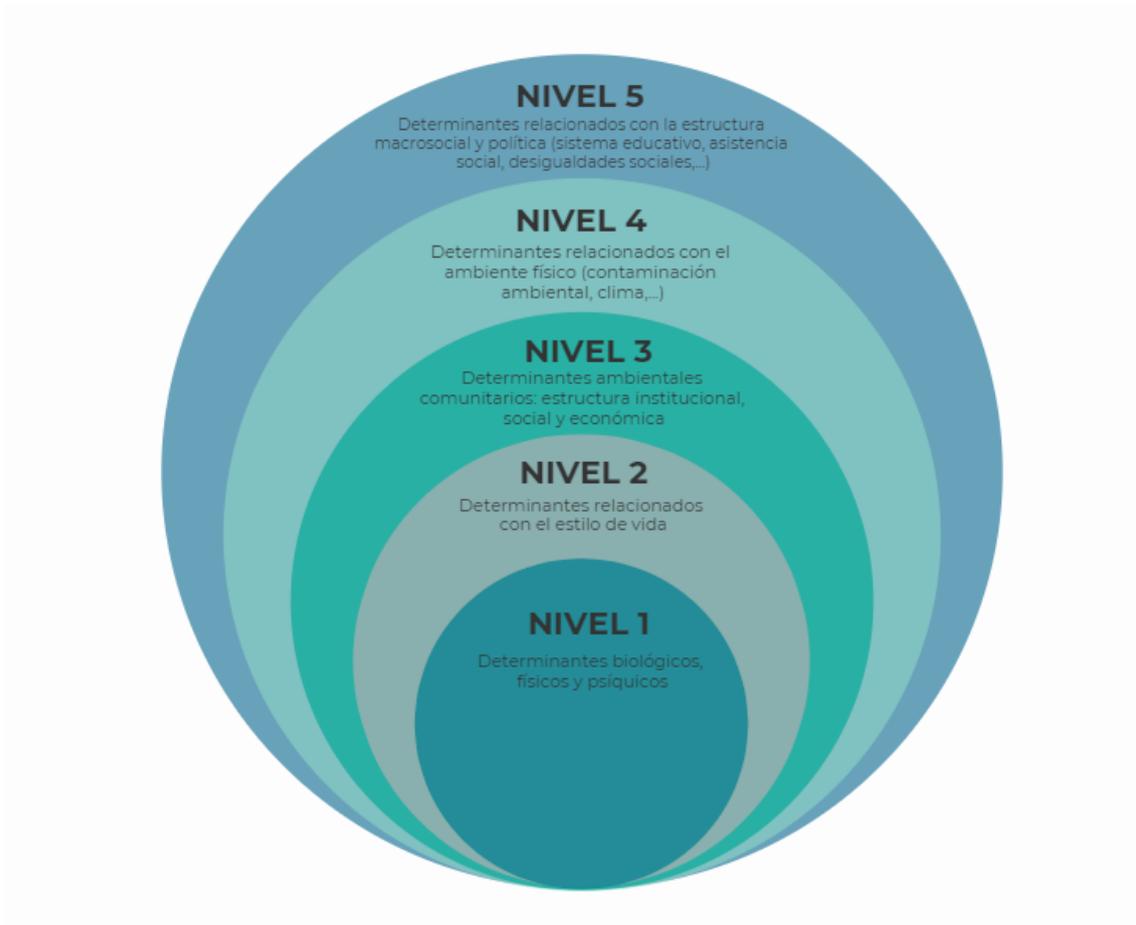
**Figura n°1: Modelo de Laframboise**



**Fuente:** *Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de J. A. D. Reguera (2018).*

En 1999 Tarlov profundizará la propuesta de Lalonde agrupando los determinantes sociales y ordenándolos en cinco niveles de la siguiente forma: un primer nivel, compuesto por los determinantes de salud más individuales (micro); y un quinto o último nivel, compuesto por los determinantes de salud más generales o comunitarios (macro) (cit. por Reguera, 2018).

**Figura nº2: Determinantes de salud de Tarlov**



**Fuente:** *Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de J.A.D. Reguera (2018).*

Tarlov defiende que las intervenciones realizadas en los niveles inferiores (nivel micro) son beneficiosas para la salud de los destinatarios directos de la intervención, mientras que las intervenciones o medidas orientadas hacia las modificaciones de los determinantes ubicados en las esferas exteriores (nivel macro) son beneficiosas para la salud de toda la comunidad.

En esta misma línea, cabe destacar las aportaciones realizadas por la OMS en ‘Los Determinantes sociales de salud: los hechos probados’. En esta publicación la OMS reconoce y demuestra, mediante la aportación de diversos datos empíricos, la influencia de los determinantes sociales de salud, poniendo de manifiesto la influencia que ejercen sobre el fenómeno salud-enfermedad las circunstancias sociales y comunitarias en las que se desarrolla el ciclo vital de los individuos, así como los efectos beneficiosos de la aplicación de políticas sociales y sanitarias en materia de prevención y promoción de la salud.

*‘Por muy importantes que puedan ser las susceptibilidades genéticas a las enfermedades del individuo, las causas comunes de la mala salud que afectan a poblaciones son ambientales y aparecen y desaparecen con*

*mucha mayor rapidez que los cambios genéticos de ritmo lento porque reflejan los cambios en nuestra forma de vivir* (Wilkinson y Marmot, 2006:7).

Asimismo, la OMS en su Carta de Ottawa estableció una serie de prerequisites para la salud, obviando la existencia de una estrecha relación entre los factores económicos, sociales, físicos y del entorno con el estilo de vida y la salud (De La Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma, 2020).

Si bien es cierto que el acceso a una atención médica de calidad es un aspecto fundamental para la restauración y para la protección de la salud, no se debe obviar la influencia igual o mayor que ejercen otros factores como son las condiciones sociales y económicas en las que se desarrolla la vida del individuo.

En consecuencia, las políticas sanitarias deben implicar algo más que la mera provisión de atención médica y su planificación. Su alcance debe ser mayor, orientándose hacia la configuración de un entorno social y comunitario saludable que promueva el desarrollo de una mejor salud (Wilkinson y Marmot, 2006).

No se puede ignorar el impacto que tienen los determinantes sociales de salud (estatus social, nivel educativo, ingresos económicos, actividad laboral, lugar de residencia y/o de trabajo) sobre las desigualdades en salud ni la correlación existente entre éstas y la pérdida de salud (Palomino Moral, Grande Gascón y Linares Abad, 2014).

*‘Una buena salud implica reducir los niveles de fracaso en la educación, reducir la inseguridad y el desempleo y mejorar el nivel de calidad de la vivienda. Las sociedades que permitan a todos sus ciudadanos desempeñar un papel útil y pleno en la vida social, económica y cultural de su sociedad, serán más saludables que aquellas donde las personas tengan que hacer frente a la inseguridad, la marginación y la privación’* (Wilkinson y Marmot, 2006:11).

Por tanto, las políticas de salud deberán dirigir su impacto no sólo al tratamiento de las enfermedades o la prestación de una atención sanitaria de calidad, sino también hacia los determinantes sociales de salud y la reducción de las desigualdades en salud.

*‘Si la política no consigue dar una solución a estos hechos, no estará ignorando solamente los determinantes que ejercen un mayor impacto sobre los niveles de salud en nuestras sociedades modernas sino que además, estará ignorando una de las cuestiones de justicia social más importante’* (Wilkinson y Marmot, 2006:11).

Por otro lado, la concepción actual de la salud se fundamenta en la percepción de la misma como un derecho y garante de otros derechos como son la dignidad o la calidad de vida. *‘La salud es un derecho, un valor, una aspiración, un recurso, una necesidad y una demanda social que está en el centro de las decisiones en la práctica totalidad de ámbitos públicos y privados’* (Palomino Moral, Grande Gascón y Linares Abad, 2014:72).

De ahí que desde diferentes organismos a nivel nacional e internacional se demande que el derecho a la salud sea garantizado para todas las personas.

La OMS establece el derecho a la salud como un derecho fundamental en su Constitución. De igual forma, la Constitución Española reconoce en su Artículo 43 el derecho a la protección de la salud y establece como competencia de los Poderes Públicos la gestión de la Salud Pública *‘a través de medidas preventivas, de las prestaciones y de los servicios necesarios’* (Constitución Española, 1978)<sup>1</sup>. No obstante, aunque la Constitución Española, al contrario de la OMS, no establecerá el derecho a la salud como un derecho subjetivo y fundamental, dispondrá como obligación del Estado *‘adoptar las pertinentes medidas al respecto con objeto de posibilitar que la ciudadanía pueda disfrutar de este derecho’* (Contreras Torres, A., 2016:140).

Finalmente, en cuanto a la concepción de la salud mental como aspecto fundamental para alcanzar un nivel de salud pleno, cabe señalar que la OMS en su conceptualización de término salud, y más concretamente en su Plan de Acción para la Salud Mental 2013-2020, señala que *‘el bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud’* (Organización Mundial de la Salud, 2013:05) reconociendo la sustancialidad de la Salud Mental en la consecución del bienestar y la salud de todas las personas (Organización Mundial de la Salud, 2013).

En ésta misma línea, la Organización de las Naciones Unidas establece como meta en su Agenda para el Desarrollo Sostenible 2016-2030, concretamente en cuanto su objetivo 3.4 de salud, *‘Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental’* (Organización de las Naciones Unidas, 2015).

Asimismo, la OMS en su Informe sobre la Salud en el Mundo delimita la Salud Mental como un aspecto esencial para el bienestar individual y comunitario, incluyendo la dimensión mental o psicológica dentro del término de salud como un componente inherente a la misma. *‘En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad.’* (O.P. de la Salud Mental, 2004:14).

Junto con esto, la OMS señala que, al igual que sucede con otras muchas enfermedades orgánicas, existe cierta interacción e influencia entre los determinantes de salud, sociales, biológicos y conductuales y el desarrollo de afecciones relacionadas con la Salud Mental (OMS, 2004).

La OMS defiende la existencia de una relación entre situaciones de pobreza o precariedad, así como las consecuencias y situaciones que implica la misma (desempleo, privaciones, inseguridad, carencia de recursos suficientes,...) y el desarrollo de enfermedades relacionadas con la salud mental. Existe una tendencia entre las clases sociales más bajas a que se dé una mayor prevalencia de trastornos mentales, entre los que se incluyen los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (OMS, 2001).

---

<sup>1</sup> Española, C. (1978). de 6 de diciembre. *Publicada en Boletín Oficial del Estado*, (311).

A nivel nacional los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) del año 2017 reflejaron la incidencia de los determinantes sociales de salud en la prevalencia y/o el riesgo de desarrollar patologías relacionadas con la salud mental, siendo especialmente influyentes aspectos como el nivel de estudios, la dedicación laboral, la clase social y/o el género (SG Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) aporta datos que evidencian la existencia de un gradiente social, es decir, de una serie de desigualdades o inequidades en salud derivadas de las desigualdades sociales y que, además, éstas tienen un efecto negativo sobre la salud mental de las personas. Estos datos quedan desarrollados de forma más detallada dentro del Anexo I, situado al final de esta publicación.

En cuanto a los problemas relacionados con el consumo y dependencia de sustancias, la OMS señala que suelen estar relacionados con situaciones de desventaja económica y social; existiendo, al igual que sucede con las enfermedades mentales, una relación causa-efecto bidireccional. Con frecuencia las personas se refugian en el consumo de sustancias *‘para no sentir la dureza de la situación económica y social que están viviendo y la dependencia (...) a su vez, lleva a una movilidad social descendente’* (Wilkinson y Marmot, 2006:24).

Igualmente, la acumulación de dicha prevalencia de enfermedades mentales entre los estratos sociales más bajos se ve acentuada en la medida en que las personas que padecen un trastorno mental tienden a ver reducidos sus recursos y oportunidades, descendiendo en la escala social y pasando a formar parte de las clases sociales inferiores (OMS, 2001).

Asimismo, Arthur Kleinman habla de una acumulación de problemáticas sociales y/o de salud mental (como pueden ser el consumo de sustancias o las altas tasas de suicidio) en lo que denomina *‘comunidades destruidas’*. Kleinman utiliza este término para referirse a aquellas poblaciones marginales y vulnerables a nivel social y económico. En consecuencia, este autor insta a las autoridades y organismos responsables a la puesta en marcha de medidas destinadas a la prevención de dichas problemáticas mediante la intervención en las circunstancias sociales que influyen en el desarrollo y mantenimiento de las mismas (Kleinman,1999).

A la luz de estas aportaciones, debemos entender la salud mental como una cuestión que se engloba dentro del concepto de salud, entendiendo la salud no solamente como un asunto puramente biomédico, sino como un fenómeno multicausal dentro del que existe una dimensión social que ejerce una especial influencia. Asimismo, en la medida en que la salud es un derecho inherente a todo ser humano nivel internacional, comunitario y nacional y la salud mental se engloba como elemento necesario para una buena salud, los poderes públicos deberán orientar sus actuaciones hacia el garante, protección y promoción de la salud mental, adoptando las medidas necesarias para la atención de los problemas de salud mental, así como para la creación de un ambiente que favorezca la buena salud mental a nivel individual y comunitario.

### 2.1.1. La Salud Mental desde un enfoque biopsicosocial

El concepto de enfermedad mental o trastorno mental es un término muy amplio dentro del cual se engloban muchos tipos de patologías con sus correspondientes síntomas, características y necesidades. En consecuencia, el perfil de la persona con enfermedad mental es muy heterogéneo.

No obstante, en general podemos decir que el concepto de enfermedad mental se refiere a un conjunto de trastornos que se producen a partir de una alteración mental y que tienen efectos en el área afectiva y/o cognitiva del individuo. La persona afectada por dichas patologías puede presentar diferentes necesidades o dificultades como pueden ser alteraciones de la conducta o la percepción, dificultades para comprender la realidad,...entre otras (Carrasco Falcó et al., 2015) y que le afectan no sólo a nivel físico o psicológico, sino que también tienen impacto en el área social del individuo.

Por otro lado FEAFES define enfermedad mental como

*‘una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo’ (FEAFES Galicia, 2020).*

Asimismo, cabe señalar que el concepto de enfermedad mental ha ido cambiando a consecuencia de su evolución, pasándose a hablar de ‘salud mental’ en la actualidad. Este término se ha ido usando como sustituto del concepto enfermedad mental y supone un enfoque más amplio, en el sentido de que pone especial énfasis en los aspectos de prevención y promoción de la salud e implica la concepción de la salud mental como parte de la salud global de las personas; teniendo en cuenta los efectos que tiene en el desarrollo de los individuos a nivel afectivo, emocional, laboral, social e intelectual y en las oportunidades de integración sociocultural (Trullenque y María, 2010).

No obstante, el concepto enfermedad mental también varía en función del modelo desde el que se estudie. Podemos hablar de la existencia de cinco modelos principales desde los que se aborda la enfermedad mental: médico, conductista, psicodinámico, sociológico y, por último, biopsicosocial. De entre todos ellos el más interesante de cara al ámbito de intervención del Trabajo Social, y porque engloba la definición de enfermedad mental más aceptada, es el modelo biopsicosocial. Este modelo fue planteado por George Engel en 1977 en contraposición al reduccionismo médico, oponiéndose a la deshumanización psiquiátrica y señalando la importancia de los factores psicológicos y sociales en la salud del individuo (cit. por Martín, 2013).

El modelo dominante tradicionalmente en el ámbito de la psiquiatría y salud mental hasta aquel momento había sido el modelo biomédico. Desde este modelo se pone especial énfasis en los factores genéticos y orgánicos (biológicos) de la enfermedad, careciendo de interés por la dimensión social, conductual y psicológica del fenómeno

salud-enfermedad (Engels, 1977). El Modelo Biomédico se fundamenta en ideas dualistas y el modelo causal clásico (causa-efecto), separando lo orgánico o biológico de lo mental.

En este sentido, Modelo Biomédico resulta limitado en la medida en que no se ajusta a la complejidad que caracteriza el fenómeno enfermedad. Engels, fundamentándose en la Teoría General de Sistemas, defiende que, aunque el fenómeno enfermedad se encuentra estrechamente relacionado con los factores biológicos, no se puede obviar la influencia que ejercen el resto de factores sociales y conductuales en el fenómeno salud-enfermedad, poniendo especial énfasis en el carácter multicausal de la enfermedad.

El Modelo Biopsicosocial supondrá un gran avance en el ámbito sanitario y, especialmente, en materia de salud mental en la medida en que superará al Modelo Biomédico tradicional, limitado por su carácter reduccionista.

La transición desde un modelo monocausal (biomédico) hacia un modelo multicausal (biopsicosocial) supuso un importante cambio en la conceptualización de los fenómenos salud y enfermedad. La enfermedad se convierte en un fenómeno plurideterminado en el que se valora la influencia de los factores sociales y psicológicos. La inclusión de una dimensión social dentro del fenómeno salud-enfermedad provocó la reorientación de las políticas sanitarias no sólo hacia la sanación, sino también hacia la atención de las problemáticas o repercusiones sociales de la enfermedad, convirtiéndose éstas en el objetivo del Trabajo Social en el ámbito sanitario (Reguera, 2018).

*‘El objetivo ya no es exclusivamente la sanación de la enfermedad sino que (...) el objetivo, especialmente desde el Trabajo Social, se dirige hacia el aumento en la calidad de vida del paciente, contemplando a la/s persona/s en su totalidad y atendiendo a las repercusiones que produce la enfermedad o lesión en los diferentes contextos donde interactúa.’* (Reguera, 2018:22).

A partir de la aparición del concepto de salud social y el abordaje de la misma desde el Modelo Biopsicosocial, la disciplina del Trabajo Social comenzará a introducirse dentro del Sistema Sanitario, pasando los profesionales de Trabajo Social a desarrollar su actividad profesional en diversos ámbitos como pueden ser al Atención Primaria, Atención Hospitalaria, la Salud Mental o las Adicciones. Sin embargo, el trabajador social no solamente actuará como el profesional especializado por antonomasia en el desarrollo de una intervención social en salud, sino que también actuará como un nexo entre el Sistema Sanitario y el Sistema de Servicios Sociales, favoreciendo el desarrollo del Estado de Bienestar (Reguera, 2018).

### 2.1.2. Adicción y dependencia: la dimensión social.

El concepto de enfermedad mental o, dicho en términos positivos, salud mental es un término muy amplio que engloba diversas patologías. Algunos de los sistemas de clasificación más utilizados son el CIE-10 y el DSM-V. En ambos, junto con otras patologías, se conceptualiza a las adicciones como un trastorno mental.

Además de la amplitud de patologías que se engloban dentro del concepto de adicción existen diferentes modelos teóricos desde los que se estudia este trastorno. Para el desarrollo de este apartado y la demarcación del concepto de adicción desde los diferentes modelos teóricos de estudio se seguirán fundamentalmente las aportaciones de Apud y Romaní en su publicación '*La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia*'.

De acuerdo con el planteamiento de dichos autores se pueden distinguir tres modelos principales desde los que abordar las patologías relacionadas con el consumo de sustancias: el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial y el modelo sociocultural.

Al igual que sucede con el concepto 'enfermedad mental' el concepto 'adicción' es muy amplio, por lo que puede variar en función del modelo desde el que se estudie. Puesto que nuestro ámbito de intervención es la realidad social conceptualizaremos este término desde un enfoque principalmente sociocultural y/o biopsicosocial, y no desde una perspectiva biomédica.

Los Modelos Sociocultural y Biopsicosocial se sitúan en contraposición al Modelo Biomédico ya que, a diferencia de éste, no entenderán la adicción como una patología crónica del cerebro, sino como resultado de la concurrencia de diferentes aspectos socioculturales y psicológicos.

El Modelo Sociocultural tiene su base en la sociología y parte de enfoques como los procesos de anomia y desviación, la subcultura de la droga y sus nichos de desorganización o las teorías del etiquetado social. Entiende el consumo de sustancias desde una perspectiva enfocada en las relaciones existentes entre los sujetos, las sustancias y el contexto.

Por otro lado, el Modelo Biopsicosocial engloba las perspectivas social, psicológica y biológica. Defiende la existencia de factores de riesgo, es decir, de circunstancias de vulnerabilidad y protección biológicas, psicológicas y sociales que predisponen o no a las personas al padecimiento de una adicción. Así el contexto y la personalidad de los individuos pasan a ocupar un papel más relevante dentro de la conceptualización de la adicción y su tratamiento.

Uno de los principales defensores de la conceptualización de la adicción desde el Modelo Biopsicosocial será Norman Zingberg, quien plantea que los efectos del consumo de sustancias no dependen solamente de las propiedades de las mismas, defendiendo la importancia de la interacción entre el sujeto y el contexto (*Set y setting*). En esta misma línea también se pueden señalar las aportaciones de Staton Peele, quien amplía el concepto de adicción al conceptualizarlo como la consecuencia del uso abusivo de los mecanismos de evasión, gratificación y alivio. Desde esta perspectiva Staton Peele defiende que el concepto adicción no es solamente aplicable al consumo de sustancias sino también a algunas conductas como el sexo, el juego, la televisión,... (cit. por Apud y Romaní, 2016).

La OMS define el término adicción en su Glosario de Términos de alcohol y drogas como:

*‘consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (...) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir (...), tiene dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener dichas sustancias por cualquier medio’ (OMS, 1994:13).*

Por otro lado, la OMS señala que los consumidores pueden presentar también una Tolerancia Acusada (necesidad de incrementar el tamaño de la dosis de la sustancia consumida para obtener el mismo efecto), así como el Síndrome de Abstinencia (Cúmulo de síntomas físicos y psíquicos de diferente grado de intensidad que aparecen tras la suspensión o reducción del consumo de una o varias sustancias psicoactivas que han sido consumidas repetida y habitualmente durante un espacio de tiempo prolongado y en cantidades altas) junto con un sentimiento de dominación de la vida de la persona adicta por el consumo de la sustancia hasta el punto de relegar el resto de las responsabilidades o actividades personales (OMS, 1994).

Es decir, podemos entender la adicción como un trastorno físico y psíquico que genera una dependencia de una o varias sustancias o actividades y que, por tanto, tiene consecuencias a nivel físico, psíquico y social.

Sin embargo, no todas las personas que consumen algún tipo de sustancia acaban desarrollando una dependencia de la misma; de hecho, se podría decir que existen tantos tipos o patrones de consumo como consumidores.

Los trastornos relacionados con la adicción son una problemática muy amplia y compleja en la medida en que se ven implicados no sólo el individuo, a nivel físico y psíquico, sino también el entorno que lo rodea. En consecuencia, el término adicción implica otra gran variedad de conceptos relacionados entre sí, pudiendo hablar entonces de la influencia de factores sociales, económicos, políticos, tecnológicos,... (Segrera, 2019).

Por otro lado, a la hora de conceptualizar la adicción debemos diferenciar dicho término de los siguientes referidos también a la adicción, de acuerdo con lo planteado por la OMS en su Glosario de Términos de alcohol y drogas (OMS, 1994):

- Uso: en base a la conceptualización propuesta por la OMS podemos diferenciar varios tipos de uso de sustancias relacionados con la adicción y en consumo de sustancias:
  - *Uso disfuncional*: se refiere al *‘consumo de sustancias que provoca un deterioro de la función psicológica o social, por ejemplo, la pérdida del empleo o problemas conyugales’* (OMS, 1994:64).
  - *Uso inadecuado*: aquel consumo de una sustancia que implica un *‘fin que no se ajusta a las normas legales o médicas’* (OMS,1994:64). Un ejemplo claro de este tipo de uso sería el consumo de medicamentos de venta con receta con fines no médicos.
  - *Uso recreativo*: Se define como tal aquel consumo de sustancias, legal o ilegal, que se realiza en un contexto social (siempre y cuando no implique la

existencia de una dependencia u otras problemáticas). Aquí, a modo de ejemplo, podríamos hablar del consumo social de alcohol (bebedor social).

Es decir, el uso haría referencia al consumo de sustancias en cantidades moderadas sin consecuencias negativas, a priori, para el individuo.

- **Consumo:** la OMS entiende como consumo la *'autoadministración de una sustancia psicoactiva'* (OMS, 1994:25). Sin embargo, hay que tener en cuenta que no todas las formas de consumo son iguales, sino que existen diferentes tipos. De entre todos los recogidos por la OMS podemos señalar los siguientes:
  - *Consumo experimental:* aquel que no es frecuente ni constante. Suele darse en las primeras interacciones con el consumo de sustancias.
  - *Consumo moderado:* hábito de consumo en cantidades comedidas y que no genera problemáticas.
  - *Consumo controlado:* se refiere a aquel tipo de consumo que se modera para tratar de evitar la intoxicación. Se caracteriza por realizarse de forma regular pero no compulsiva (siempre que no afecte a las funciones cotidianas).
  - *Consumo de riesgo:* patrón de consumo que incrementa el riesgo de aparición de consecuencias perjudiciales (a nivel físico, mental y social) para el organismo del consumidor. No tiene por qué implicar el padecimiento de alguna patología.
  - *Consumo como evasión*
  - *Consumo perjudicial:* aquel que como consecuencia supone el deterioro de la salud, a nivel físico, psíquico y social.
  - *Consumo abusivo:* aquel que supera el volumen estándar de consumo moderado.
  - *Consumo excesivo:* patrón de consumo que excede el estándar del consumo moderado y se realiza de manera frecuente en cantidades cuya magnitud es suficiente como para dañar la salud de la persona. Puede ser episódico o habitual.
  - *Consumo problemático:* aquel que genera problemáticas al individuo en el área física, psíquica y social.
- **Abuso:** la OMS utiliza este concepto como sinónimo de consumo de riesgo o consumo perjudicial. Lo define como un tipo de consumo que tiene consecuencias negativas en la salud del individuo. No obstante, dentro de este concepto no se recogen las consecuencias que pueda tener el consumo en la esfera social.

Sin embargo, el CIE10-ES no contempla este concepto en su Clasificación Internacional de Enfermedades debido a la ambigüedad de éste término. Simplemente utiliza el término 'abuso' para referirse a diversos tipos de consumo patológico de sustancias.

En general, este término se utiliza para referirse un patrón de consumo problemático que tiene consecuencias negativas sobre la vida del individuo. Por tanto, podemos entender como abuso aquel patrón de consumo de sustancias que produzca un daño físico, psíquico o social o bien el riesgo de producirlo como consecuencia (cit. por Segrera, 2019).

Junto con los conceptos señalados anteriormente podemos hablar de otro a mayores: el hábito. Dicho concepto hace referencia a aquel patrón de consumo en el que se da el acto de consumir con mayor frecuencia pero en el que no se tiende a aumentar la dosis ni se producen trastornos en el individuo o alteraciones en su conducta (cit. por Segrera, 2019).

Finalmente, cabe señalar que dentro del ámbito profesional el término adicción está siendo sustituido por el de dependencia. De hecho, el término adicción no aparece clasificado en la CIE 10-ES debido a la ambigüedad que presenta frente al concepto de habituación. Asimismo, partir de los años 60, la OMS dejó de utilizar dicho término para pasar a hablar de ‘dependencia’ como sustituto de los términos habituación y adicción (OMS, 1994). La OMS conceptualiza como dependencia ‘*la necesidad de consumo de dosis repetidas (...) para encontrarse bien o no sentirse mal*’ (OMS, 1994:29).

Por otro lado, la CIE10-ES clasifica y define el Síndrome de Dependencia como un trastorno relacionado con el consumo de sustancias que implica el ‘*consumo habitual y excesivo de alcohol o sustancias psicoactivas*’ (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Dirección General de Salud Pública y Subdirección General de Información Sanitaria, 2020).

En cuanto a la dependencia cabe señalar que ésta puede ser psíquica o física. La dependencia psicológica, también denominada como *craving*, se relaciona con la esfera emocional y se relaciona con el deseo de consumir o ejecutar la conducta adictiva (Segrera, 2019). Sin embargo, la dependencia física se refiere a ‘*la necesidad del organismo de una sustancia*’ (Segrera, 2019:5).

Asimismo, el término dependencia normalmente se relaciona con el Síndrome de Abstinencia, anteriormente mencionado, el cual se caracteriza por la aparición de intensos trastornos físicos y psíquicos cuando se interrumpe el consumo de una sustancia (Segrera, 2019).

### 2.1.3. Adicciones relacionadas con el consumo de sustancias y adicciones comportamentales

Los trastornos de la adicción en algunos manuales se clasifican de diferente manera en función de si se relacionan o no con el consumo de sustancias. Más concretamente: los trastornos de la adicción relacionados con el consumo de sustancias se clasifican, tal como su propio nombre indica, como Trastornos relacionados con sustancias y adicción. Sin embargo, otras conductas adictivas como pueden ser el juego patológico tienden a clasificarse como trastornos relacionados con el control de los impulsos.

Desde un tiempo atrás se viene discutiendo el tipo de patologías que se deben englobar dentro del concepto de adicción. No obstante, debido la existencia de evidencias que

demostraban sus características biológicas comunes con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias el juego patológico ha sido clasificado dentro del capítulo sobre Trastornos Adictivos y relacionados con Sustancias en el DSM-V, siendo demarcado como una conducta adictiva o adicción comportamental (Grant y Chamberlain, 2017).

Sin embargo, en la CIE10-ES se clasifica el juego patológico como un trastorno relacionado con el control de los impulsos junto con otros trastornos como pueden ser la piromanía o la cleptomanía (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Dirección General de Salud Pública y Subdirección General de Información Sanitaria, 2020).

En esta misma línea, la Sociedad Española de Patología Dual en su Protocolo de Intervención en Patología Dual señala que, si bien en los trastornos relacionados con el consumo de sustancias la diferencia entre el uso recreativo y la dependencia queda más o menos delimitado, no se puede decir que suceda lo mismo en el ámbito de las adicciones comportamentales (Sociedad Española de Patología Dual, 2016).

En las adicciones relacionadas con el consumo de sustancias se diferencia el uso de la dependencia en la medida que la persona que padece Síndrome de Dependencia siente que su vida se encuentra esclavizada por el consumo, el cual no puede interrumpir a pesar de las consecuencias negativas físicas, psíquicas y sociales que le produce (Sociedad Española de Patología Dual, 2016).

Pero, en el caso de las adicciones comportamentales esto no queda tan claro. Es muy complejo distinguir entre aquellas personas esclavas de una actividad de aquellas que realizan esa misma actividad porque *‘simplemente hay un vínculo intenso recreativo de actividades placenteras’* (Sociedad Española de Patología Dual, 2016:5).

Por tanto, en la actualidad solamente se recoge, a priori y no siempre, como adicción comportamental el juego patológico. Sin embargo, dentro de esta categoría podrían incluirse otras muchas conductas como por ejemplo la adicción a las compras, las redes sociales, etc. (Apud y Romani, 2016).

A partir de lo planteado en los párrafos anteriores podemos hablar de la existencia de una diferenciación no sólo entre los tipos de adicción sino también entre los diferentes tipos de consumo, obteniendo como conclusión que:

- Por un lado, podemos clasificar las adicciones en base a su relación con el consumo de sustancias, diferenciándose así entre Trastornos relacionados con el consumo de sustancias y Adicciones comportamentales o conductuales.
- Por otro lado, podemos diferenciar entre diversos patrones de consumo (uso, hábito, abuso y dependencia) diferenciándose estos conceptos en base la existencia de consecuencias negativas para el individuo a nivel físico, psíquico y social.

Partiendo de esta base, podemos entender la adicción como *‘un hábito que domina la voluntad de una persona (...) la dependencia a una sustancia (drogodependencia) o a una conducta (ludopatía)’* (Carrasco Falcó, E. et al., 2015:46), englobando dentro de la

conceptualización de la patología dual ambos tipos de adicción y no solamente aquellas relacionadas con el consumo de sustancias.

#### 2.1.4. Patología dual: concepto y dimensiones.

Una vez profundizado y concretado el término enfermedad mental, adicción y hecho una distinción entre los diferentes trastornos de la adicción y su clasificación podemos pasar a hablar del objeto central de este Trabajo de Fin de Grado: la patología dual.

La OMS en 1994 definió como patología dual *'comorbilidad o concurrencia en el mismo individuo de un trastorno por uso de sustancias psicoactivas y de otro cuadro psiquiátrico'* (cit. por Celorio Fries, 2016:2).

En el Libro Blanco de Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual se define la patología dual como *'la existencia simultánea de o secuencial a lo largo del ciclo vital de un trastorno adictivo y otro trastorno mental'* (cit. por Vega, P. et al, 2015:6).

Es decir, a la hora de hablar de patología dual hacemos referencia a la *'coexistencia de dos psicopatologías, por un lado la drogodependencia y por otro la psicopatología psiquiátrica'* (Carrasco Falcó et al, 2015:45).

Sin embargo, en los manuales de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales reconocidos por excelencia (DSM-V y CIE10-ES) no se recoge la patología dual como un trastorno. No obstante, cabe señalar que, sin embargo, este término sí que es usado entre los profesionales (Celorio Fries, 2016).

El hecho de que no se clasifique la patología dual como un trastorno en ambos manuales de clasificación no significa que dicha problemática no exista. De hecho, existen evidencias científicas y estudios epidemiológicos que demuestran la existencia de una correlación entre el padecimiento de una enfermedad mental y una adicción.

El estudio realizado en 2013 en la Comunidad Autónoma de Madrid por Arias et al. muestra la existencia de una comorbilidad de enfermedades mentales y trastornos del consumo de sustancias del 61.8%, alcanzando cifras del 70.3% dentro de la atención especializada a la drogodependencia y del 36.1% en la atención especializada de salud mental, siendo la tasa de comorbilidad mayor en la Red de Atención a Drogodependientes que en Salud Mental (cit. por Celorio Fries, 2016).

Asimismo, en el Libro Blanco de Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual también se citan algunos datos de comorbilidad entre el trastorno de dependencia de sustancias con otros trastornos mentales a nivel internacional (cit. por Vega et al, 2015):

- Entre 70-80% en pacientes con esquizofrenia.
- Más 60% en pacientes con trastorno bipolar.
- Más del 70% en pacientes con trastornos de la personalidad.
- 30% en pacientes con trastornos de la ansiedad, depresión y TDAH.

Por otro lado, cabe señalar que el proceso de diagnóstico y tratamiento, así como la prestación de atención médica, psicológica y social de las personas con patología dual,

es de mayor complejidad debido a la confluencia de dos patologías de forma simultánea (Celorio Fries, 2016).

En esta misma línea, la Sociedad Española de Patología Dual señala que *‘Los sujetos que presentan trastornos mentales, comparados con la población general sin trastorno mental que usa sustancias, evolucionan desde el uso y abuso de sustancias a la dependencia o adicción’* (Vega et al, 2015:9).

Los estudios y experiencia de intervención demuestran que las personas que padecen patología dual son un colectivo que presenta una mayor complejidad a nivel clínico y social. Las personas con patología dual se caracterizan por tener un mayor riesgo de suicidio, peor adherencia a los tratamientos y sufren mayores tasas de desempleo o marginación. En consecuencia, presentan un uso mayor de los diferentes dispositivos sanitarios y asistenciales (cit. por Vega et al, 2015).

Por tanto, aunque el tratamiento clínico es fundamental, debido a la gravedad de las problemáticas sociales que derivan de la patología dual, el desarrollo de una intervención biopsicosocial e integral es fundamental. Es necesario atender las necesidades sociales que derivan de la patología dual, puesto que en base a la conceptualización de la adicción y la salud mental desde una perspectiva biopsicosocial los factores sociales pueden ejercer una función de mantenedores o motivos de abandono del tratamiento (cit. por Vega et al, 2015).

Sin embargo, pese a que existen evidencias científicas que muestran la existencia de esta problemática y de una demanda de atención integral no existen a penas recursos orientados a la atención específica de las necesidades sociales y sanitarias derivadas de dicha patología (Vega et al, 2015).

Desde el modelo implantado a nivel nacional se presta atención de forma paralela; por un lado, desde Salud Mental y, por otro, desde la Red de Atención a Drogodependientes (Celorio Fries, 2016).

Debido a la complejidad clínica y social que caracteriza el tratamiento de las personas con una patología dual este modelo de atención, en ocasiones, tiende a quedarse corto e insuficiente para dar una respuesta adecuada a las necesidades de este colectivo. Aparecen entonces malas praxis debido a que el usuario es atendido de forma simultánea por dos dispositivos y equipos diferentes que hacen todo lo posible por coordinarse y complementarse. Al planificarse la atención desde un modelo paralelo compuesto por dos sistemas diferentes se da lugar a la aparición de errores y/o dificultades de coordinación, dándose situaciones que no son deseables como por ejemplo la deambulación de pacientes entre las redes asistenciales, no recibir atención o que esta no sea la adecuada, duplicación de recursos e intervenciones,... (Vega et al, 2015).

A continuación se exponen algunos aspectos positivos y negativos del Modelo Paralelo frente al Modelo Integrado.

***Tabla 2: Modelo Integrado y Modelo Paralelo.***

<b>MODELO INTEGRADO</b>		<b>MODELO PARALELO</b>	
<b>VENTAJAS</b>	<b>INCONVENIENTES</b>	<b>VENTAJAS</b>	<b>INCONVENIENTES</b>
Coordinación más estrecha	Requiere de la creación, estructuración e implementación de recursos específicos	Usa recursos ya existentes	Los recursos son mejorables en cuanto a la atención de las necesidades específicas de las personas con patología dual.
Servicios prestados de forma simultánea y conjunta			Problemas de coordinación. Se presta un tratamiento simultáneo pero desde centros y equipos distintos.

***Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de Lana (1998)***

Desde la Sociedad Española de Patología Dual se reclama la intervención y la atención de las necesidades de las personas que padecen una patología dual desde un modelo integrado. Esto implica el desarrollo de una intervención interinstitucional e intersectorial, lo que se traduciría en la creación de un sistema especializado e integral de atención a las personas con patología dual en el que se desarrolle una intervención especializada desde equipos multidisciplinares, ya que *‘la naturaleza multifactorial de la patología dual requiere la aportación de especialistas de diferentes disciplinas’* (Vega et al, 2015:11). Dicho modelo ya ha comenzado a implantarse en algunas Comunidades Autónomas como es el caso de Castilla y León, Castilla la Mancha o País Vasco con la finalidad de alcanzar una integración funcional de ambas redes asistenciales.

A la luz de estas evidencias podemos concluir que, en cuanto al tratamiento de las personas con patología dual, existe una serie de características propias de este cuadro clínico, así como de la organización de su atención, que dificultan su tratamiento; pudiéndose considerar a las personas que presentan una patología dual como un reto a nivel clínico y, especialmente, social:

*‘las dificultades para establecer un diagnóstico de comorbilidad entre ambos trastornos; la existencia de dos redes diferenciadas de atención que trabajan en paralelo (salud mental y drogodependencias); la necesidad de formación de los profesionales que atienden a estos pacientes; el empeoramiento de la patología de base, con mayor número de*

*hospitalizaciones psiquiátricas y frecuentación de los servicios de urgencias; el descontrol de impulsos, con aumento del número de suicidios, eventos violentos y conductas sexuales de riesgo; las dificultades de adherencia al tratamiento y la mala respuesta a los fármacos; y los problemas sociales y legales, con pérdida del empleo y del hogar y desarraigo familiar en muchos casos'* (cit. por Celorio Fries, 2016:2).

Tal y como se ha señalado en los apartados anteriores los problemas de salud mental y de consumo de sustancias se encuentran estrechamente relacionados con el padecimiento de alguna problemática o situación de desventaja social. La comorbilidad de ambos trastornos dentro de la patología dual supone que con frecuencia estas personas sufren situaciones de marginación y presentan dificultades de integración, siendo víctimas de los mecanismos de exclusión social. *'Nos encontramos pues ante personas con un gran peligro de no ser bien atendidas y con una gran probabilidad de ser excluidas socialmente'* (cit. por Rodríguez Luna et. Al. 2016:7). Esto, junto con la gravedad de las problemáticas sociales asociadas al padecimiento de una patología dual y la necesidad de una atención integral, es (o al menos debería serlo) motivo más que suficiente como para que la patología dual se considere como parte del ámbito de intervención e interés de la disciplina del Trabajo Social.

### **3. ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DUAL DESDE EL MODELO PARALELO. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES.**

Actualmente la atención a la patología dual se realiza en paralelo, bien desde Salud Mental o bien desde la Red de Atención a las Drogodependencias (RAD).

Aunque el Modelo Paralelo de atención es el que se encuentra vigente en la actualidad desde diferentes ámbitos han comenzado a plantearse alternativas. De entre ellas la más interesante es el Modelo Integrado de Atención, expuesto en el apartado anterior, desde el que se plantea la creación de una estructura de servicios y recursos orientados a la atención específica de las necesidades de las personas que presentan una patología dual.

Por ello, para poder comprender cómo se presta el tratamiento a la patología dual en la actualidad y cuál es el papel a desarrollar por la disciplina del Trabajo Social en dicho ámbito, se debe partir del análisis y estudio de la estructuración de ambas redes asistenciales para, posteriormente, poder plantear cómo podría integrarse nuestra profesión dentro del Modelo Integrado de Atención a la Patología Dual.

#### **3.1. Atención a la Salud Mental en España**

##### **3.1.1. Los orígenes de la atención a la Salud Mental.**

El desarrollo de éste apartado se fundamentará en las aportaciones de Pileño Martínez, Morillo Rodríguez, Salvadores Fuentes & Nogales Espert recogidas en su artículo 'El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval', publicación en la que

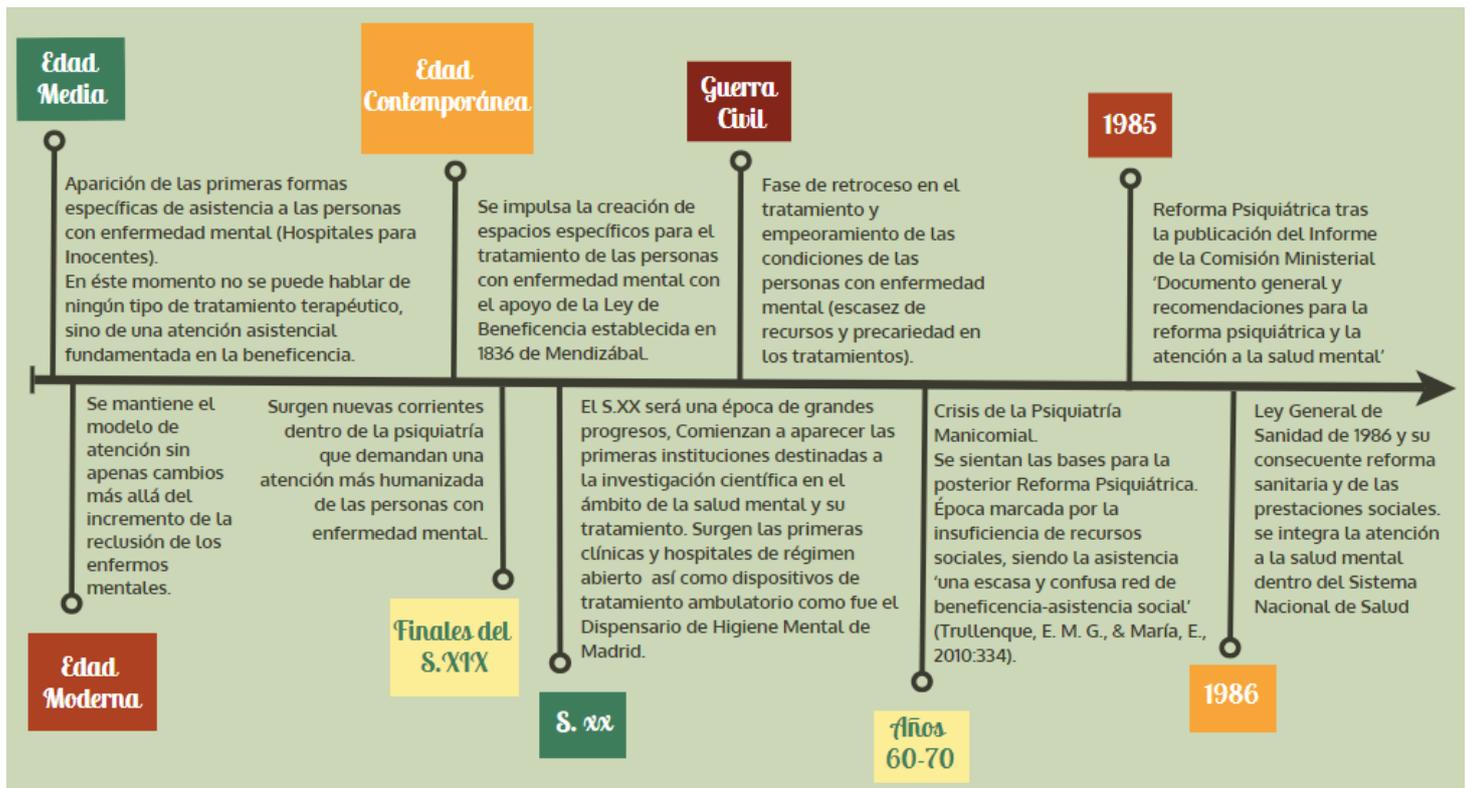
queda convenientemente plasmada la evolución de los cuidados de las personas con enfermedad mental desde sus inicios hasta principios del siglo XX.

Hasta mediados del siglo XX los recursos asistenciales dedicados a la atención de las personas con enfermedad mental se caracterizaron por una gran precariedad y escasez de recursos. Hasta la década de los años 80 la atención a la salud mental se fundamentará en una simple organización manicomial basada en la beneficencia.

No obstante, la concepción y el tratamiento de las personas con enfermedad mental ha ido evolucionando a lo largo de la historia, partiendo desde una atención basada en la caridad cristiana y la reclusión durante la Edad Media hasta el desarrollo de una red asistencial específica tal y como la conocemos hoy día.

El desarrollo y evolución histórica de la atención a la salud mental desde sus inicios queda sintetizada en la siguiente línea histórica en la que se detallan todas sus fases. Sobre esta cuestión es de especial interés la publicación anteriormente mencionada, la cual queda referenciada en la bibliografía al final de éste documento y se encuentra disponible en formato electrónico para aquellas personas que deseen consultarla.

**Figura nº3: Antecedentes históricos de la atención a la salud mental**



**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos obtenidos de M. E. Pileño Martínez, F. J. Morillo Rodríguez, P. Salvadores Fuentes & A. Nogales Espert (2003).*

3.1.2. Políticas sociosanitarias para la atención a la enfermedad mental posterior a la Reforma Psiquiátrica. Normativa y planes en la actualidad.

La Reforma Psiquiátrica se desarrollará España de forma tardía, no llegando a iniciarse hasta que no se da el contexto adecuado: a nivel social, una demanda; a nivel político, voluntad de atender esa demanda por parte de la administración; y, a nivel técnico, la existencia de profesionales cualificados para prestar la atención demandada.

Esta nueva forma de entender el tratamiento y al paciente de psiquiatría surge: por un lado, por motivos técnicos ligados al poco éxito que tiene el hospital psiquiátrico entendido como un espacio terapéutico; y, por otro lado, debido a motivos éticos ya que se comienza a defender la dignidad y los derechos de las personas con enfermedad mental al pasar a considerarse éstas como un sujeto de derecho. Se inicia así un proceso de desinstitucionalización a favor de un modelo comunitario que no sólo implicará al sistema sanitario, sino también a los sistemas de protección social. A partir de este momento la persona enferma mental comienza a concebirse como un sujeto con una serie de derechos (Trullenque & María, 2010)

Tras la Reforma Psiquiátrica y la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad en 1986<sup>2</sup> se sientan las bases para la creación de un sistema nacional de salud comunitario en el que se integra la atención a la salud mental.

Hasta aquel momento la asistencia a la salud mental se había realizado de forma dispersa desde las Diputaciones, Ayuntamientos y desde algunas órdenes religiosas. Sin embargo, partir de esta reforma todas las CCAA comenzarán a integrar una red de financiación pública en la que se engloban y coordinan los diferentes recursos y dispositivos de atención a la salud mental (Espino, 2006).

Asimismo, a partir de la conceptualización de la OMS de la salud como '*un estado completo de bienestar físico, mental y social*' (OMS, 1948), así como la Declaración y el Plan Europeo de Acción en Salud Mental<sup>3</sup> firmado en Helinski por España, se abrirá una nueva etapa en la atención a la salud mental al comenzar a entenderse la protección de la salud mental como un derecho inherente a todos los ciudadanos junto con los derechos a una asistencia, la no discriminación y a una vida normalizada.

No obstante, con la transferencia de las competencias en materia de sanidad a las CCAA la atención a la salud mental tendrá un desarrollo diferente en cada una de ellas. (Martín, 2013).

En consecuencia, en el año 2006 con la aplicación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional

<sup>2</sup>De España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, de 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 15207 a 15224. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>

<sup>3</sup> de Helsinki, D. (2005). Plan de Acción en Salud Mental. In Conferencia Ministerial sobre Salud Mental. OMS y Comisión Europea.

de Salud y el procedimiento para su actualización<sup>4</sup> se establece una cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud, acordándose las prestaciones sanitarias mínimas a garantizar por parte de todas las CCAA. En base a esto cada CCAA aprobará la su propia cartera de servicios incluyendo, además de los mínimos comunes del Sistema Nacional de Salud, los que considere.

*Organización y articulación de la atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Dispositivos de atención.*

El sistema de salud castellano leonés se articula en 11 Áreas de Salud y 249 Zonas Básicas de Salud (Consejería de Sanidad, 2016). El acceso a los dispositivos y recursos de Salud Mental se realiza principalmente a través del nivel de Atención Primaria, es decir, a través de los Centros de Salud y sus correspondientes Equipos de Atención Primaria, siendo éstos la principal puerta de acceso.

La Comunidad de Castilla y León dispone de 247 centros de salud y 247 Equipos de Atención Primaria compuestos por diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios entre los que se encuentran los trabajadores sociales (Consejería de Sanidad, 2016).

Una vez realizada la valoración desde Atención Primaria se realiza la derivación del usuario al correspondiente Equipo de Salud Mental, principal elemento a través del que se articula la atención a la persona enferma mental (Consejería de Sanidad, 2006). Estos equipos tienen un carácter multidisciplinar, estando compuestos por los siguientes profesionales: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermero y trabajador social (Gerencia Regional de Salud, 2020).

En Castilla y León existen 37 Equipos de Salud Mental los cuales desarrollan diversas funciones (Instituto de Información Sanitaria, 2010:22):

- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los usuarios que padecen un trastorno mental.
- Asesoría a los Equipos de Atención Primaria.
- Prestación de asistencia domiciliaria y/o ambulatoria adaptada a las circunstancias y necesidades terapéuticas del usuario.
- Atención y derivación de los pacientes que les son remitidos desde otros niveles sanitarios, prestando especial atención a aquellos que precisan tratamiento en régimen de ingreso a las unidades de hospitalización parcial o total del Área.
- Desarrollo de programas de reinserción de los pacientes psiquiátricos crónicos pertenecientes al distrito correspondiente.
- Atender a las consultas preferentes, así como a los pacientes o grupos de crisis durante el período que se determine.

---

<sup>4</sup> del Estado, B. O. (2006). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Además de los Equipos de Salud Mental podemos señalar, a grandes rasgos, los siguientes recursos dentro de la atención a la salud mental en la Comunidad de Castilla y León:

- *Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil (EPIJ)*
- *Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto Juvenil (UHP-IJ)*
- *Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)*
- *Hospitales de Día Psiquiátricos (HDP) y Programas de Hospitalización Parcial (PHP)*
- *Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)*
- *Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica (URP)*
- *Centros de Rehabilitación Psicossocial (CRP)*
- *Hogares protegidos*
- *Unidad Residencial Psiquiátrica de Referencia Regional*
- *Centros Especiales de Empleo*
- *Red de Asistencia a Drogodependencias*
- *Otros recursos de asociaciones:*

Otros recursos que deben ser mencionados incluyen las 11 Asociaciones de Enfermos Mentales federadas en FEAFES Castilla y León que desarrollan importantes funciones de apoyo tanto a las personas afectadas como a sus familias, convirtiéndose en un instrumento relevante para la atención y defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental.

También cabe señalar la Fundación Tutelar de Enfermos Mentales (FECLEM) creada en 2001 desde FEAFES y cuyo protectorado corresponde a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

### **3.2. Articulación y organización de la atención a las adicciones.**

#### **3.2.1. Antecedentes de la Red de Atención a la Drogodependencia. El Plan Nacional Sobre Drogas.**

Puesto que la atención a la adicción en sus orígenes se articuló dentro de la atención a la salud mental es interesante conocer porqué se concibió como tal durante las décadas y porqué posteriormente se decidió estructurar una red especializada orientada a su atención.

Para ello a lo largo de éste apartado analizaremos el desarrollo que han tenido los patrones de consumo de sustancias en España y cómo se ha modificado la percepción del consumo de sustancias durante el siglo anterior. El desarrollo de este apartado se fundamenta en las aportaciones plasmadas en la publicación 'Historia de las adicciones en la España contemporánea'<sup>5</sup>, documento marco en el que se detalla la evolución de

---

<sup>5</sup> Torres, M., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., & Álvarez, C. (2009). Historia de las adicciones en la España contemporánea. Recuperado de: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/HistoriaAdicciones\\_EspContem.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf)

los patrones de consumo de sustancias en España a lo largo del siglo anterior, así como de las diferentes respuestas asistenciales que fueron surgiendo para la atención de las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias.

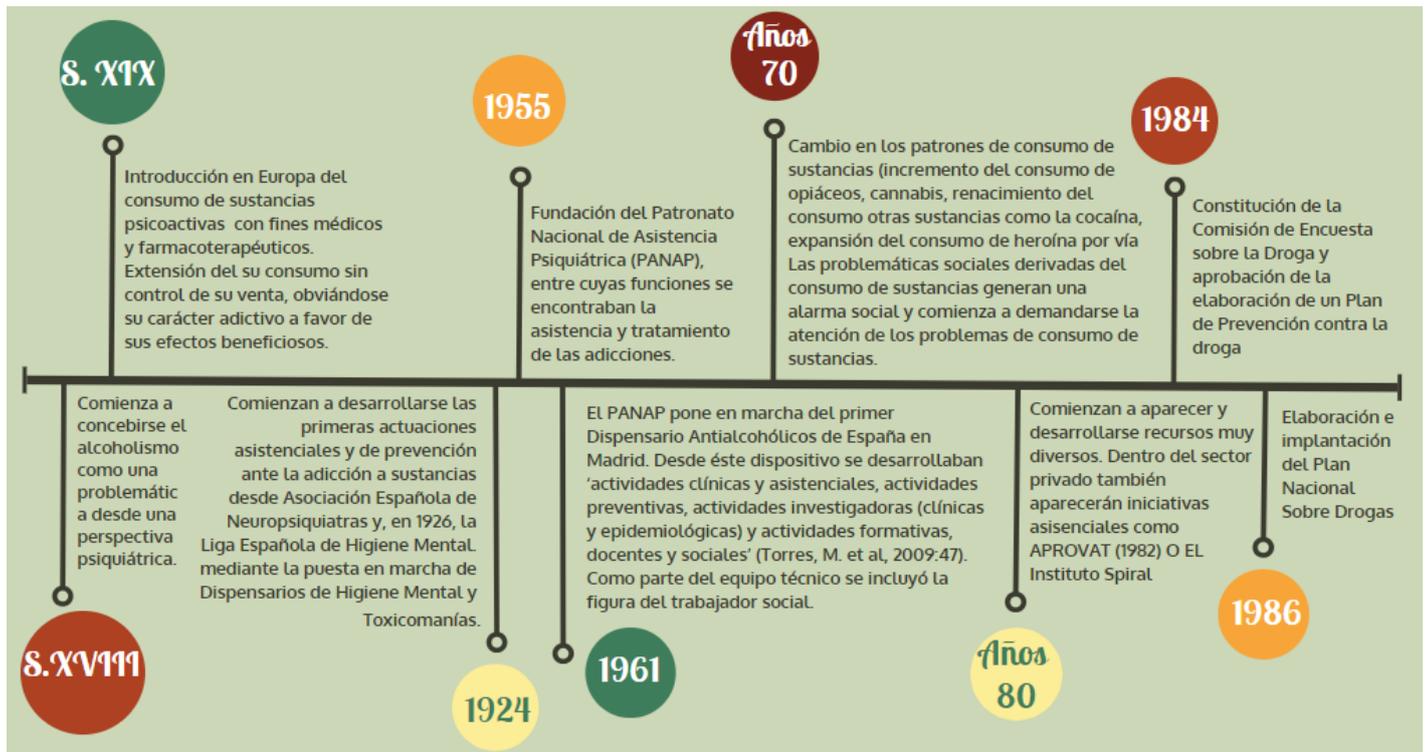
El consumo de sustancias psicoactivas ha estado presente en todas las culturas durante diversos momentos de su historia. Sin embargo, adoptaremos como punto de partida la Europa del siglo XIX, momento en el que debido al desarrollo de la farmacología las sustancias psicoactivas comienzan a consumirse con fines médicos; ignorando y minimizándose su carácter adictivo para resaltar sus beneficios. De esta forma su consumo se fue extendiendo hasta bien avanzado el siglo XX.

La aceptación del consumo de sustancias por parte de la población se debió principalmente a que *‘ayudaban a vivir y morir mejor’* (cit. por Torres et al, 2009:13). Con esta percepción no cabía por tanto la creación de recursos destinados a la asistencia de las problemáticas de consumo, pues ésta no se percibía como una problemática.

En España, no surgirá una atención específica para la asistencia de personas con adicciones a las drogas o al alcohol hasta finales del s.XX. Aquellas personas que presentaban síntomas psíquicos anormales o conductas sociales inadecuadas o disruptivas en relación con el consumo abusivo de sustancias se las definió como enfermas mentales, articulándose su atención en los centros de beneficencia dedicados a la atención de dicho colectivo. De esta forma, la atención a las problemáticas derivadas del consumo de sustancias nace dentro de la atención a la salud mental.

La evolución que ha tenido la asistencia a las drogodependencias en España podría sintetizarse en la siguiente figura.

**Figura nº4: Evolución de la asistencia a las drogodependencias**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de M. Torres, J. Santodomingo, F. Pascual, F. Freixa & C. Álvarez (2009).

A partir de 1985, con la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas, sí que se podrá comenzar a hablar de la existencia de una red especializada destinada a la atención de las adicciones que irá evolucionando hasta convertirse en la Red de Atención Pública a las Drogodependencias que conocemos hoy por hoy.

### 3.2.2. Políticas sociosanitarias para la atención a la adicción.

La institucionalización de la atención sociosanitaria a la adicción tuvo un desarrollo muy ligado a la psiquiatría, dándose los primeros pasos en materia de atención a las adicciones dentro de los dispositivos psiquiátricos en los que se incluyeron, en sus inicios, los servicios de atención a alcohólicos y desde los que se fue ampliando posteriormente la atención a las problemáticas relacionadas con el consumo de otros tipos de sustancias.

Poco a poco estos primeros dispositivos y recursos, que habían nacido dentro de la red de atención a la salud mental, se fueron desarrollando hasta independizarse de la red de atención a la salud mental, demarcando los trastornos de la adicción como su ámbito de actuación (Romaní, 2010).

No obstante, la estructuración y organización de la Red de Atención a las Drogodependencias vino acompañado de una serie de medidas y cambios a nivel político (políticas sociales y sanitarias) que impulsaron su desarrollo y evolución.

El consumo de sustancias no comenzará a percibirse como una problemática de magnitud en España hasta los años 60-70. En esta década tuvo lugar un cambio en los

patrones de consumo, incrementándose el consumo de sustancias y la variedad de sustancias que se consumían, lo que a su vez produjo un agravamiento de las problemáticas sociales derivadas de los trastornos de consumo (delincuencia, marginación y exclusión social). Por otro lado, en 1986 se produce el descubrimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), en aquel momento mortal, que afectaba especialmente al colectivo de personas drogodependientes (especialmente a aquellos casos en los que el consumo de sustancias se realizaba por vía intravenosa). Todos estos cambios generaron una gran preocupación y concienciación entre la población general respecto al problema de la droga. En consecuencia, se comenzarán adoptar diferentes medidas a nivel político, legislativo y sanitario.

A nivel internacional se puede destacar la Convención Única de la Organización de las Naciones Unidas de 1961 sobre estupefacientes. Con ella se pretende adoptar medidas de prevención del consumo de sustancias ilegales ya que *'un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad'* (ONU, 1961:13), y fue ratificada por España en 1967.

A raíz de ello, se promulga la Ley 17/1967, de 8 de abril, por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes y adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las Naciones Unidas<sup>6</sup>, a partir de la cual se crea la Brigada Especial de Investigación de Estupefacientes y el Servicio de Control de Estupefacientes. Con la entrada en vigor de esta ley se limita el uso legal de sustancias estupefacientes a aquel que se encuentra ligado a fines médicos, científicos o terapéuticos prohibiéndose su uso recreativo.

En el ámbito penal este momento se caracterizará por su especial carácter punitivo y represivo hacia el consumo de estupefacientes con la reforma del Código Penal en 1971 y la entrada en vigor de la Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social<sup>7</sup> (sucesora de la anterior Ley de Vagos y Maleantes) en la que se mantiene la figura del drogodependiente con carácter de peligrosidad social (Alonso Pujiula, 2019).

Sin embargo, aunque se darán diferentes esfuerzos a nivel jurídico-penal orientados a la atención y resolución de los problemas derivados del consumo de sustancias, no se podrá hablar de una coordinación de la intervención social en materia de adicciones hasta la creación de la Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas y la publicación de la Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes en 1975 (Romaní, 2010). Este informe puso de manifiesto el crecimiento del consumo de sustancias psicoactivas en España, así como la magnitud y gravedad de

---

<sup>6</sup> España. Ley 17/1967, de 8 de abril, por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes y adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las Naciones Unidas. Boletín Oficial del Estado, 11 de marzo de 1967, núm. 86.

<sup>7</sup> España. Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social. Boletín Oficial del Estado, de 6 de agosto de 1970, núm. Boletín Oficial del Estado, 11 de marzo de 1967, núm. 187, pp. 2551-12557

las problemáticas derivadas de dicho consumo. En consecuencia, desde la Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas se demanda la elaboración de un Plan y la adopción de medidas orientadas a la prevención y atención de las problemáticas de consumo de sustancias (Alonso Pujiula, 2019).

Poco a poco va teniendo lugar una *'expansión asistencial'* de la atención a la adicción, comenzando a aparecer los primeros dispositivos de atención a los trastornos de la adicción que poco a poco se fueron desarrollando y diversificando (Romaní, 2010). Este proceso de institucionalización de la asistencia a las adicciones se vio impulsado por la configuración del sistema de atención sanitaria pública con la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad en 1986<sup>8</sup>. A este acontecimiento se le unió el desarrollo y expansión del Sistema de Servicios Sociales, amparado por la configuración del Estado Español como un Estado de Bienestar, favoreciendo la configuración del ámbito de atención de las adicciones como un nuevo ámbito de intervención propio de *'los profesionales no médicos del campo de las drogas, que se nutre principalmente del trabajo social y de las ciencias sociales y del comportamiento'* (Romaní, 2010:96).

Otro avance en materia de la atención a las adicciones fue la reforma del Código Penal de 1944 en 1983<sup>9</sup>, concretamente del Artículo 344. Este artículo, elaborado inicialmente a la penalización del tráfico de drogas, producía un efecto criminalizador de los consumidores de sustancias que, unido a la Ley de Peligrosidad Social vigente en aquel momento, permitía la aplicación de medidas coercitivas a las personas encasilladas como drogodependientes. El problema legislativo radicaba en el hecho de que se equiparaba al drogodependiente con el tráfico de drogas y, por ende, la delincuencia; transgrediéndose principios como el de proporcionalidad o el de determinación legal de la pena (Romaní, 2010). Así *'se incorporaron unos elementos en la legislación que suponen un cambio en la política de drogas, alejándola un poco más de las políticas basadas en la "prohibición punitiva de las drogas" y acercándola al modelo de "prohibición tolerante"'*. (Alonso Pujiula, 2019:89).

En 1985 se aprueba el Plan Nacional Sobre Drogas (en adelante PNSD) fundamentado los siguientes objetivos fundamentales: la asistencia y reinserción del drogodependiente, así como la prevención del consumo de sustancias.

El PNSD dará un giro la política sociosanitaria en materia de adicciones. Desde su elaboración y entrada en vigor ha promocionado la creación y desarrollo de la Red de Atención a las Drogodependencias mediante la aprobación de diferentes planes y estrategias que componen el marco de política social en materia de adicciones.

De entre ellas, puesto que es la que se encuentra vigente en la actualidad, cabe señalar la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2017-2024.

---

<sup>8</sup> España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. España: Boletín Oficial del Estado, de 29 de marzo de 1986, núm 102.

<sup>9</sup> España. Código Penal reformado, texto refundido de 1944, de 23 de diciembre de 1944.

La Estrategia Nacional Sobre Drogas establece las líneas de actuación y los criterios de elaboración de las políticas españolas en materia de adicciones hasta 2024 en concurrencia con el marco de política social Europeo (Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020 y el marco de política social de otros países pertenecientes al espacio europeo) (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), 2017).

La Estrategia Nacional Sobre Drogas se caracteriza por su enfoque centrado en la reducción de daños, estableciendo como principios de actuación la equidad, la perspectiva de género, las buenas prácticas, la transparencia, la participación social, la interdisciplinariedad, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), 2017).

Finalmente, cabe señalar que el PNSD ejerce una función coordinadora entre las Comunidades Autónomas, los municipios y el resto de los agentes implicados en la atención a los trastornos de la adicción en el territorio español. Para ello cuenta con estructuras de coordinación, adscritas las Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como son el Consejo Español de Drogodependencias y otras adicciones, la Mesa de Coordinación de adjudicaciones y Consejo Español de Drogodependencias y otras adicciones (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), 2017).

### 3.3.3. Articulación y organización de la Red de Atención las Drogodependencias.

#### Dispositivos y recursos.

Actualmente la atención a las drogodependencias se engloba dentro de la Red de Atención Pública a las Drogodependencias, la cual está conformada por una gran variedad de recursos y servicios, públicos o privados (estos últimos financiados públicamente), debidamente acreditados (de acuerdo con lo dispuesto en la Orden FAM/236/2010, de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades<sup>10</sup>).

Asimismo, esta atención se articula a su vez en tres niveles de especialización (Ministerio de Sanidad, 2020):

- Primer nivel: dependiente de cada CCAA. Los recursos de éste primer nivel son la principal puerta de acceso al sistema y cumple con los objetivos de detección, captación, motivación, atención inicial básica y derivación de los pacientes a servicios más especializados. Este nivel está compuesto por los Centros y Equipos de Atención Primaria junto con los recursos de reducción de daños (Centros de Emergencia Social, Unidades Móviles,...).
- Segundo nivel: compuesto principalmente por los Centros Ambulatorios de Asistencia. Estos dispositivos son los encargados de garantizar un tratamiento integral y una atención personalizada a los usuarios en régimen ambulatorio,

<sup>10</sup> España. Orden FAM/236/2010, de 22 de febrero, por la que se regula la acreditación de los centros, servicios y establecimientos específicos de asistencia a drogodependientes. BCyL, de 04 de marzo de 2010, núm. 43.

diseñando para cada usuario un Plan Individualizado de Intervención y Tratamiento.

El acceso a estos recursos puede ser directo o mediante derivación desde el primer nivel.

- Tercer nivel: compuesto por recursos altamente especializados en el tratamiento a personas con trastornos adictivos como pueden ser:
  - *Unidades de desintoxicación hospitalaria*: prestan una atención especializada en régimen de ingreso.
  - *Comunidades terapéuticas*: centros sociosanitarios residenciales en los que se presta tratamiento en régimen de internamiento. Ofrecen una intervención intensiva en un espacio controlado.
  - *Recursos de apoyo a la intervención*: orientados a la atención de los usuarios en un entorno terapéutico desde el que se garantiza un apoyo y seguimiento profesional en régimen semiabierto. Permite a los usuarios continuar el seguimiento ambulatorio con los centros de referencia. Pueden ser:
    - De apoyo al tratamiento ambulatorio: durante las fases iniciales del proceso de tratamiento de aquellos usuarios que no cuentan con un apoyo o soporte familiar adecuado.
    - De apoyo a la integración sociolaboral: orientado a aquellos usuarios que ya han alcanzado la estabilización en el proceso terapéutico pero que no cuentan con un apoyo o soporte familiar adecuado.
  - *Centros o unidades de día*: dispositivos desde los que se presta apoyo al tratamiento ambulatorio en régimen no residencial.

Desde los distintos niveles se llevan a cabo diferentes tipos de intervención. De entre ellas podemos señalar las siguientes (Ministerio de Sanidad, 2020):

- Información, detección precoz, motivación y derivación. Especialmente desde los recursos de primer y segundo nivel.
- Evaluación y diagnóstico. Desde los recursos de segundo nivel.
- Abordaje terapéutico: Fundamentalmente desde los recursos de segundo y tercer nivel.

Dentro del abordaje terapéutico se incluyen actuaciones de desintoxicación y deshabituación enfocadas hacia la atención integral y, especialmente, la incorporación social, siendo esta última especialmente relevante.

La incorporación social hace referencia al conjunto de intervenciones sociales y laborales destinadas a la integración del individuo en la comunidad a través de la adquisición y desarrollo de actitudes y habilidades en el ámbito social, laboral y familiar que permitan y faciliten su integración.

Este proceso se fundamenta en tres pilares fundamentales (alojamiento, educación y empleo) y se organiza a través de un programa personalizado de incorporación que incluye: diagnóstico social (elaborado de forma consensuada con el usuario y acorde a los objetivos de incorporación), seguimiento- evaluación del proceso y coordinación con los recursos generales y específicos.

Actualmente existe una gran variedad de programas de incorporación social (participación social, formación, de recursos de apoyo residencial, de incorporación laboral)

Todas estas intervenciones se adaptan al perfil de cada usuario o colectivo destinatario, teniendo en cuenta sus características y necesidades y atendíéndolas mediante programas específicos. De entre todos ellos podemos destacar (Ministerio de Sanidad, 2020):

- Programas de adicciones a sustancias con potencial adictivo.
- Programas de adicciones sin sustancia: Ludopatía, pantallas, otras adicciones sin sustancia.
- Programas específicos de intervención con mujeres: destinados a mujeres que presentan cualquier tipo de adicción y que se ven afectadas por otras situaciones de riesgo a nivel individual, familiar y o social.
- Programas específicos de intervención con menores
- Programas específicos de intervención con personas detenidas o reclusas: engloban la asistencia en comisaría, juzgados e instituciones penitenciarias.
- Patología dual: para aquellas personas que sufren de forma simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental.

Concretamente dentro de la Red Especializada de Atención al Drogodependiente de la Comunidad Autónoma de Castilla y León se integran los siguientes dispositivos. Todos ellos gestionados fundamentalmente desde entidades privadas y/o no lucrativas bajo financiación de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades:

- 11 Centros de Asistencia Ambulatoria (CAD)
- 8 Centros de día para drogodependientes
- 1 Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)
- 7 Comunidades terapéuticas
- 2 Centros Residenciales de Rehabilitación de Alcohólicos (CRA)
- 2 Unidades de Tratamiento Ambulatorio del Alcoholismo (UTA)
- 1 Unidad de desintoxicación y patología dual
- 4 Unidades y consultas específicas para el tratamiento del tabaquismo

### **3. LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES. LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL, ADICCIONES Y PATOLOGÍA DUAL.**

Para poder comprender y definir la especificidad del Trabajo Social podría resultar interesante partir de una perspectiva histórica, analizando la evolución que ha tenido el Trabajo Social en el ámbito de intervención de la salud mental y adicciones. Por ese motivo, se le dedica un espacio a lo largo de la primera parte de este apartado para, posteriormente, enfocar la segunda parte del mismo en la demarcación de la especificidad del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental y los trastornos de la adicción. Todo

ello con el objeto de sentar las bases del siguiente y último apartado de este documento, orientado hacia la consolidación de la atención de la patología dual como un nuevo ámbito y reto para nuestra profesión.

### **3.1. Evolución y desarrollo de la disciplina de Trabajo Social en el ámbito de la psiquiatría y adicciones.**

El hecho de que la OMS en 1946 incluyera en su definición del término ‘salud’ aspectos sociales *‘constituye el punto de partida del cual (...) emana el modelo biopsicosocial de atención a la salud (...) propuesto por George L. Engel’* (Sánchez & Masfret, 2016). Este suceso a su vez supuso la aceptación del origen social de las enfermedades y sus síntomas, así como la necesidad de reorganizar la relación existente entre las diferentes profesiones que intervenían en el ámbito sanitario, factor que a su vez impulsará la aparición de intervenciones transdisciplinares e interdisciplinares para atender los determinantes sociales que influyen en la salud (Sánchez & Masfret, 2016).

Aunque las intervenciones sanitarias casi siempre se han visto influenciadas con la esfera económica y social de los individuos no será hasta el siglo XIX cuando se comience a introducir del concepto de ‘medicina social’. A partir de este momento, se comienza a incorporar la perspectiva social en el tratamiento de las enfermedades al evidenciarse la relación existente entre la salud y las condiciones sociales (cit. por Martín, 2010). En este punto, una de las profesiones que mayor relevancia tuvo fue el Trabajo Social.

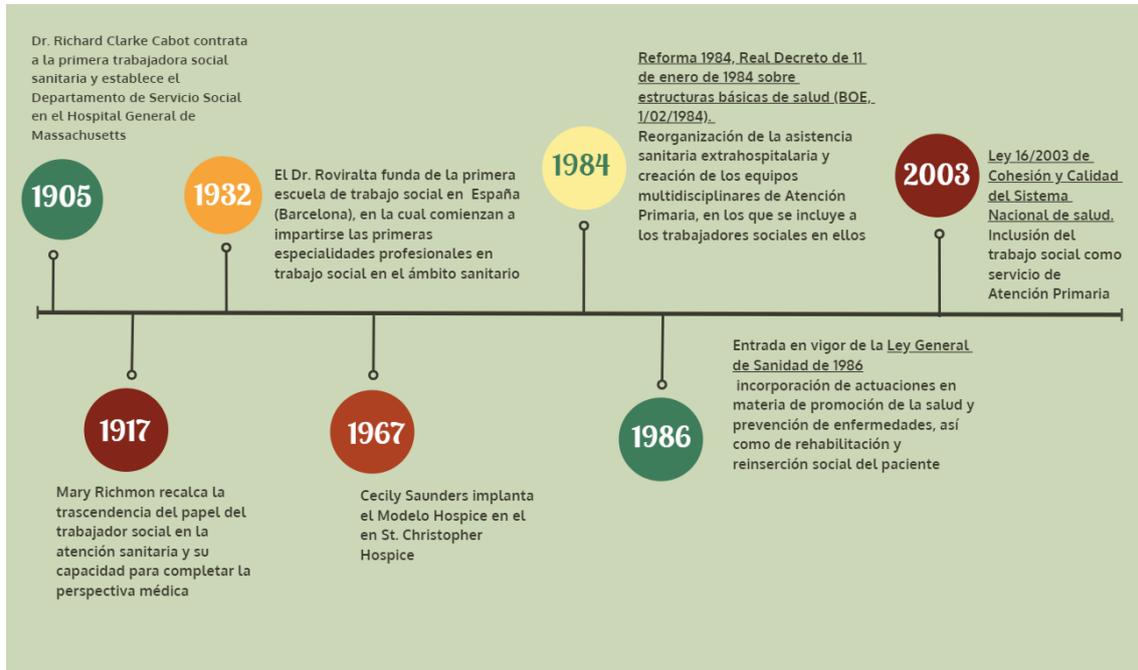
Amaya Ituarte define el trabajo social sanitario como:

*‘La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas’* (cit. por Velázquez, 2012:74).

Asimismo, para Dolors Colom *‘la intervención de los trabajadores sociales sanitarios se centra específicamente en la enfermedad y sus efectos psicosociales, mediante la aplicación de métodos y técnicas específicas’* (Velázquez, 2012).

No obstante, la inclusión y aceptación de la disciplina del Trabajo Social dentro del sistema sanitario ha requerido de un largo recorrido y evolución del mismo, tal y como se puede observar en el siguiente gráfico. En él quedan representadas las diversas fases por las que ha pasado el Trabajo Social dentro del sistema sanitario y cuya explicación de forma más extensa queda adjunta en el Anexo II de esta publicación.

**Figura 5: Evolución del Trabajo Social Sanitario**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la información obtenida de G. H. Martín, (2010).

A partir de la introducción del Trabajo Social en el ámbito sanitario surgirá el trabajo social psiquiátrico mediante la especialización del mismo. Asimismo, cabe señalar que el desarrollo del perfil profesional del Trabajo Social en salud mental se verá condicionado con la evolución de la asistencia psiquiátrica (Trullenque & María, 2010)

El Trabajo Social Sanitario tiene su origen en EEUU en el Hospital General de Massachusetts de Boston donde en 1905 el Dr. Cabot crea el Departamento de Trabajo Social Hospitalario. Sin embargo, un año antes el Dr. Adolf Meyer, defendiendo la necesidad de realizar una intervención social para lograr la recuperación plena del paciente, ya había incorporado la figura profesional del trabajador social en psiquiatría (Rodríguez, González & Pérez, 2014).

No obstante, el Trabajo Social Psiquiátrico propiamente dicho surgirá como una especialización del Trabajo Social, también en EEUU, a principios del siglo XX en la Escuela de Trabajo Social de Boston (Rodríguez, González & Pérez, 2014).

En España, el desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico será más tardío. No siendo hasta 1953 cuando se comienzan a impartir cursos dedicados a la especialización de profesionales del Trabajo Social en el ámbito psiquiátrico. Aquí tuvo especial relevancia el Dr. Ramón Sarró quien, tras conocer durante su estancia en EEUU la importancia de la labor desarrollada por las trabajadoras sociales en éste ámbito, hace especial hincapié en la importancia su especialización, creando ese mismo año en Barcelona la Escuela de Visitadoras Sociales Psicólogas (Martín, 2010).

A partir de ese momento, comenzaron a surgir en España las primeras plazas para trabajadores sociales en el ámbito de psiquiatría (Martín, 2010). En estos momentos el

objeto que perseguirá el Trabajo Social no es otro que *'la atención de los problemas psicosociales que presentaban los enfermos y colaborar en su readaptación familiar, laboral y social'* (Martín, 2010:180).

El Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) convoca en 1960 seis plazas para trabajadores sociales en hospitales psiquiátricos y, un año más tarde en Madrid, pone en marcha un Dispensario Antialcohólicos destinado a la atención y rehabilitación de alcohólicos. Entre los profesionales que componían el equipo de intervención, además de médicos, psicólogos y enfermeros, se incluyen cuatro trabajadores sociales especializados en psiquiatría (Martín, 2010).

Se introduce así la figura del trabajador social dentro de la atención a las adicciones, aunque el desarrollo de una red asistencial especializada en su atención no tendrá lugar hasta la década de los años 80.

### **3.2. La intervención psicosocial en Salud Mental y Adicciones. La especificidad del Trabajo Social.**

Una vez definida la evolución y estructuración de atención en Salud Mental y Adicciones en la actualidad, así como el desarrollo que ha tenido la disciplina del Trabajo Social dentro de la misma, podemos comenzar a plantearnos dónde pivota la especificidad del Trabajo Social en este ámbito, es decir, ¿Qué es lo que cabe esperar de nuestra disciplina y profesión?

En primer lugar, para poder hablar de la esencialidad y especificidad de la figura del trabajador social este ámbito debemos partir del hecho de que la psiquiatría y el tratamiento de las enfermedades mentales (dentro de las que se engloban las adicciones, aunque se las atiende desde dos redes asistenciales diferentes) se encuentran estrechamente ligadas a la esfera social del individuo. De hecho, tal y como señala Goldaracena en su publicación *'Trabajo social psiquiátrico: reivindicación ética de la dimensión social en salud mental'*, el ámbito de la salud mental se caracteriza por ser el ámbito sanitario en el que se da la mayor convergencia entre las esferas clínica y social (Goldaracena, 2018).

Goldaracena enfatiza en dicha publicación el hecho de que esta relación sobrepasa la influencia que puedan tener los determinantes sociales y factores relacionados con la desigualdad, la pobreza o la marginación en el desarrollo o desencadenamiento de una enfermedad mental. Para Goldaracena la influencia del entorno social va más allá: *'el entorno social y cultural modela el mismo fenómeno psicopatológico, de forma que hay determinados trastornos que surgen, desaparecen o se transforman a tenor de los cambios sociales'* (Goldaracena, 2018:13).

El entorno o dimensión social haría referencia entonces a *'todo el entorno que las personas necesitan para poder desarrollar sus potencialidades'* (Goldaracena, 2018:20), es decir, no englobaría solamente a las relaciones que mantiene el individuo con su entorno social más cercano, sino que incluye también todos los cambios y movimientos que se dan en la sociedad que le rodea y el momento histórico en el que vive.

Dentro de todo lo que engloba la influencia del entorno social no podemos olvidar el hecho de que esta influencia se ve potenciada por la, apodada por Zygmunt Bauman, *'modernidad tardía o sociedad líquida'* (cit. por Goldaracena, 2018:20) en la que vivimos y en la que los cambios sociales son cada vez más frecuentes y acelerados.

En la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 se señala que

*'los trastornos mentales, especialmente los graves, conllevan múltiples consecuencias sociales, laborales, legales, educativas, etc., que deben ser consideradas componentes de la enfermedad y por tanto objeto de atención por parte de los servicios de salud mental en colaboración con los sectores implicados'* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011:57).

En base a estos planteamientos, junto con las aportaciones recogidas el primer apartado de ésta publicación, no podemos hablar solamente de la existencia de una dimensión biológica y psicológica de la enfermedad mental, sino también de una dimensión social, así como de una influencia entre el individuo, su entorno y la enfermedad de la que derivan una serie de problemáticas que requieren atención desde una perspectiva más amplia que la puramente biomédica, siendo entonces especialmente relevante la intervención desde un modelo que incluya la perspectiva social.

Partiendo de esta base la psiquiatría deberá enfrentarse a nuevos retos, dejando de poner énfasis en los aspectos biológicos derivados la enfermedad para pasar a abordar a la persona desde una perspectiva biopsicosocial y atendiendo otros aspectos relacionados con el entorno sociocultural, la integración, inclusión y empoderamiento de las personas con enfermedad mental o una adicción (Goldaracena, 2018). La salud mental deja por tanto de ser un espacio puramente exclusivo de la medicina psiquiátrica, dejando un espacio independiente y propio a otras profesiones y disciplinas, como es el caso del Trabajo Social.

En este punto es necesario hablar del enfoque e intervención psicosocial y su relación con el Trabajo Social.

La intervención psicosocial hace referencia a aquella *'actividad dirigida a la solución de problemáticas sociales, que privilegia la participación de los intervenidos con los interventores en la construcción del cambio social y emancipación'* (Alvis Rizzo, 2009:4).

Este modelo de intervención tiene sus raíces en el Trabajo Social de Caso o *'Case Work'* estadounidense, característico de las organizaciones de beneficencia de principios de los años 30. El Trabajo Social de Caso tiene a su vez como antecedentes: por un lado, a la escuela diagnóstica, centrada en el tratamiento de las problemáticas sociales demarcándola como enfermedades o patologías que debían ser diagnosticadas por el profesional del trabajo social; y, por otro lado, a la escuela funcionalista, centrada en el fomento de la participación, crecimiento y desarrollo del usuario en el proceso de tratamiento.

Pero, ¿Qué es lo que puede aportar el Trabajo Social en cuanto a la intervención desde una perspectiva psicosocial en materia de salud mental, adicciones y patología dual y que no pueden aportar otras disciplinas como por ejemplo la medicina psiquiátrica o la psicología?

La intervención psicosocial es un elemento clave propio del ámbito de actuación de la disciplina de Trabajo Social, especialmente en cuanto a la intervención en situaciones de crisis, así como la atención de los problemas que derivan de las mismas en el plano individual, comunitario o social de la persona (Grupo de Intervención Social en Emergencias del Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla (GISE-COTSS), 2020).

La profesión del Trabajo Social, en cuanto a la intervención psicosocial, se estructuraría dentro de la intervención en crisis, enfocándose en la reintegración de los individuos, es decir, en el *‘restablecimiento de la cotidianidad de los sujetos, que esperan reincorporarse a una “nueva” vida luego de pasar por una situación de crisis’* (Londoño, 2013:6), fomentando la participación y concienciación del sujeto en el proceso de reconstrucción.

Diversos autores y profesionales del Trabajo Social Sanitario, como son Amaya Ituarte o Ángel Luis Arricivita, defienden que la Intervención Psicosocial es una práctica especializada del Trabajo Social que *‘ayuda al individuo a afrontar sus conflictos psicosociales, superar el malestar social y lograr relaciones interpersonales satisfactorias utilizando sus capacidades personales, así como los recursos del contexto sociorelacional’* (Grupo de Intervención Social en Emergencias del Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla (GISE-COTSS), 2020:4).

En este sentido la disciplina del Trabajo Social se encontraría en cierta consonancia con la intervención psicosocial en sí misma en la medida en que el objeto que persigue la disciplina del Trabajo Social se define como *‘el proceso de ayuda por el cual el profesional mediante técnicas y procedimientos propios promueve los recursos de la comunidad y del individuo, para ayudar a este a superar conflictos derivados de su interrelación con el medio y otras personas’* (Martín, 2013), pudiéndose entender la intervención psicosocial como uno de las principales herramientas de intervención de nuestra profesión.

Por otro lado, la atención de los problemas de salud mental, adicciones y, por supuesto, la patología dual requieren de una atención integral e integrada. Este requerimiento no se respalda solamente en la existencia de una necesidad, sino que también tiene su base en el principio de atención integral del Sistema Sanitario Español (Goldaracena, 2018).

Este principio de atención integral conlleva la necesidad de una intervención multidisciplinaria, dándose durante todo ese proceso de atención la convergencia de diferentes modelos teóricos y profesionales. Así, el ámbito de salud mental y adicciones se convierten en un ámbito multidisciplinar (Trullenque & María, 2010)

No podemos concebir un equipo profesional en el ámbito salud mental y/o adicciones en el que no se dé la presencia de diferentes figuras profesionales, trabajando en equipo

y en estrecha interacción y coordinación, puesto que sin ello no sería posible garantizar una atención integral, continuada y de calidad.

En consecuencia, los trabajadores sociales se integran dentro de los equipos interdisciplinarios de intervención junto con otros profesionales, variando la composición de los mismos en función de la problemática que se atiende.

Dentro de estos equipos cada profesional comparte e intercambia sus conocimientos y prácticas desde su formación o especialidad para organizar la intervención. Con este modelo de trabajo se puede lograr una visión holística de la problemática que padece la persona, así como del resto de problemáticas que derivan de ella (Goldaracena, 2018), lo que permite garantizar esa continuidad e integralidad de la atención (cit. por Trullenque & María, 2010: 339 y por J.B. Iglesias y H.G. Rodríguez, 2016).

En concreto, el trabajador social aporta la perspectiva social en la que se incluyen todos los componentes ambientales, relacionales, culturales y económicos. Esta perspectiva social se incorpora a las perspectivas biomédicas y psicológicas para realizar la valoración global del enfermo y planificar la intervención, evitando que se solapen y repitan de actuaciones (cit. por Trullenque & María, 2010 y por Iglesias & Rodríguez, 2016).

El trabajador social es el perfil profesional más adecuado para responder a las necesidades y problemáticas sociales derivadas de la misma (Goldaracena, 2018), especialmente aquellas relacionadas con la inclusión e integración del individuo y promoviendo *'el ajuste integral y consciente de la persona usuaria a su entorno social a través de sus relaciones sociales'* (Goldaracena, 2018:29). Por tanto, el Trabajo Social será la profesión que, por antonomasia, se encargará de la atención de la dimensión social de la enfermedad mental.

Este interés por la inclusión e integración social es lo que a su vez introduce una dimensión ética en la atención a la salud mental *'el trabajador social establece un vínculo terapéutico, basado en un compromiso ético que se fundamenta en el reconocimiento del otro en su otredad y, por consiguiente, en la aceptación de su diferencia y su autonomía (lo que significa su derecho a tomar decisiones), que ponen límites a las posibilidades de intervención'* (cit. por Goldaracena, 2018:21)

Sin embargo, es importante discernir cuales son las funciones específicas del trabajador social y el rol social que desempeña. El Trabajo Social no ha de entenderse, erróneamente, como una profesión auxiliar de la intervención biomédica supeditada a los profesionales de la medicina psiquiátrica. El hecho de que se dé una intervención integral no implica la subordinación de una disciplina ante la otra, sino el desarrollo de una intervención conjunta en la que se da la convergencia de diferentes perspectivas para el abordaje de una problemática cuya complejidad lo requiere.

A grandes rasgos las funciones propias del Trabajo Social dentro de estos equipos multidisciplinares y en el ámbito de la salud mental son las siguientes:

Funciones de atención directa: a individuos, familias y grupos de riesgo que padecen problemáticas de integración social como consecuencias de otros problemas de salud con el objetivo de desarrollar los recursos del usuario y su familia. Para ello el trabajador social realiza las siguientes intervenciones:

- Análisis de la demanda planteada, así como la detección de las necesidades individuales y/o familiares y de las posibles situaciones de riesgo que puedan darse.
- Valoración y diagnóstico social.
- Discusión del caso con el equipo profesional para la estructuración de la intervención de acuerdo con las necesidades.
- Planificación de la intervención social, realizando actividades de:
  - Acompañamiento del individuo durante todo el proceso de cambio y promoviendo su socialización.
  - Entrevistas con el usuario orientadas a impulsar el desarrollo de la autonomía en las actividades diarias.
  - Información y orientación sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre existentes, así como de los diversos recursos comunitarios e institucionales disponibles.
  - Seguimiento y evaluación de la intervención realizada.
  - Visitas domiciliarias de valoración e intervención.
  - Apoyo a la familia del paciente, así como la promoción de su participación en el proceso de intervención.
  - Derivación del usuario a los recursos adecuados

Función de prevención, promoción e inserción social: orientada hacia la adaptación del individuo al medio social, favoreciendo la integración del mismo en la comunidad no solamente a través del uso de los recursos específicos destinados a este colectivo, sino también mediante los recursos normalizados y el fomento de grupos de ayuda, movimientos asociativos,...

Funciones de coordinación: en los equipos interdisciplinares el trabajador social aporta la perspectiva social de la enfermedad mental, garantizando la continuidad de cuidados y aportando los recursos que permitan la integración y reinserción del paciente y el tratamiento de los problemas sociales derivados de la enfermedad.

El trabajador social desempeña un papel de experto de lo social (Trullenque & María, 2010) y es el perfil profesional mejor preparado para el correcto desarrollo de las relaciones comunitarias (cit. por Trullenque & María, 2010).

Asimismo, desarrolla actividades esenciales en cuanto a la evaluación del paciente y su familia en relación con sus capacidades, habilidades sentimientos, aptitudes,...así como en la identificación de los recursos de los que disponen o a los que podrían tener acceso.

Por todos estos motivos, la profesión de Trabajo Social sería entonces la más adecuada, además de necesaria, para la prestación de una atención integral, en cuanto a la atención de la dimensión social, de la salud mental, adicciones y, por supuesto de la patología dual.

#### **4. CONSIDERACIONES FINALES: LA PATOLOGÍA DUAL, UN NUEVO RETO PARA EL TRABAJO SOCIAL**

Aunque todavía queda mucho camino por avanzar, especialmente en cuanto al reconocimiento de la patología dual en el ámbito clínico y teórico, se puede decir que tras una constante demanda desde diferentes asociaciones y entidades sociales la patología dual comienza a percibirse hoy día como una realidad o, dicho de otra forma, como una nueva problemática presente en el ámbito de la salud mental y de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. En consecuencia, requiere de una intervención y atención de las necesidades que derivan de la misma.

Aunque en los manuales de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales reconocidos por excelencia (DSM-V y CIE10-ES) no se reconoce la patología dual como un trastorno de salud mental, el desarrollo y ejecución de diferentes estudios han confirmado, a través de las evidencias científicas obtenidas, la existencia de esa correlación y comorbilidad entre el padecimiento de una enfermedad mental y una adicción.

De esta forma, poco a poco se han ido desarrollando diferentes estudios y publicaciones científicas que han permitido definir la patología dual y demarcar las necesidades sociales y clínicas que derivan de ella.

En consecuencia, han comenzado a desarrollarse diversos recursos destinados a la atención de éste colectivo desde el Modelo Paralelo de Atención. Desde este modelo se ha ido desarrollando una estructura de coordinación de los diferentes dispositivos y recursos existentes en las redes de atención a la salud mental y a las drogodependencias de cada Comunidad Autónoma, viéndose en ocasiones la atención limitada por barreras y dificultades de coordinación entre ambas redes. Aparecen así problemas como el no acceso a la atención necesaria o incluso ninguna atención (deambulación entre redes) por parte de las personas que padecen una patología dual. Este aspecto, unido a la presencia de una mayor dificultad de diagnóstico y tratamiento clínico, incrementa las consecuencias negativas del padecimiento de tales enfermedades, especialmente en la esfera social (mayor riesgo de exclusión social y marginación, precariedad económica, desigualdad,...).

En consecuencia, una vez más desde el ámbito social y del tercer sector ha comenzado a demandarse la atención de las necesidades específicas de las personas con patología dual desde un modelo integrado e integral. Esto implica: Por un lado, la creación de recursos específicos para su atención pero, por otro lado, también supone la necesidad de una intervención multidisciplinar a través de equipos de intervención compuestos por profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas, entre las que por supuesto se incluye el Trabajo Social, que permita la intervención holística de cada caso.

La patología dual se convierte en un 'nuevo' ámbito de intervención en salud mental y adicciones que, debido a sus especiales características, supondrá un nuevo reto a afrontar. Aunque queda claro la existencia de una serie de necesidades sociales y psicosociales derivadas de la patología dual y la idoneidad del Trabajo Social para

atenderlas, podría existir cierta resistencia (infundada) por parte de algunas disciplinas a que nuestra profesión adoptase la patología dual como un objeto perteneciente a su ámbito de intervención.

En este sentido, nuestra profesión deberá no solamente defender y reclamar la patología dual como un objeto de intervención y estudio, sino que también deberá plantearse nuevos objetivos y metas en cuanto a la atención de esta patología, tratando de dar respuestas a cuestiones como ¿Qué es lo que puede aportar el Trabajo Social para la atención de las personas con patología dual que no pueden aportar otras disciplinas como la medicina o la psicología? ¿Cuál sería nuestro ámbito o marco de intervención dentro del Modelo Integrado de Atención a la patología dual? Cuya respuesta fundamente esa pretensión y derecho a demarcar la patología dual como un objeto de intervención y estudio propio del Trabajo Social.

Asimismo, el Trabajo Social, en la medida en que se define como una profesión que promueve el cambio, la cohesión social y que favorece el desarrollo de políticas sociales orientadas a la reducción de las desigualdades, deberá promover el desarrollo de tales políticas orientadas no sólo a la atención a la patología dual sino también a reducir las barreras y los mecanismos de exclusión social que favorecen el desarrollo de tales enfermedades, interviniendo sobre los determinantes sociales de salud individuales y comunitarios.

Aunque todas estas cuestiones puedan parecer arriesgadas o complejas de resolver ‘a priori’ su puesta en marcha es necesaria. No solamente como defensa del ámbito de intervención de nuestra disciplina, que innumerablemente ha tenido que hacer frente a intentos de impresionismo profesional y objeto de menosprecio por parte de otras disciplinas, sino porque también es un deber y fundamento de ésta, nuestra profesión, la atención de las demandas y las necesidades sociales.

Como se ha señalado a lo largo de esta publicación las problemáticas de salud mental y las relacionadas con el consumo de sustancias se encuentran íntimamente vinculadas con problemáticas y situaciones de desventaja social. El hecho de que dentro de la patología dual se dé la convivencia de ambos hace que frecuentemente las personas que presentan una patología dual se vean afectadas por situaciones de marginación y problemáticas integración, siendo víctimas de los mecanismos de exclusión social.

Esto, junto con la gravedad de las problemáticas sociales asociadas al padecimiento de una patología dual y la necesidad de una atención integral, es un motivo que justifica de forma más que suficiente el interés de nuestra disciplina de cara a su asunción como objeto de intervención propio.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

Alonso Pujiula, S. (2019). *La política de drogas en España y Países Bajos: un análisis comparado desde la perspectiva neoinstitucionalista* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=229943>

Alvis Rizzo, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. *Poiésis*, 9 (17). doi: <https://doi.org/10.21501/16920945.189>.

Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>

Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Francesc\\_Borrell-Carrio/publication/256812433\\_El\\_modelo\\_biopsicosocial\\_en\\_evolucion/links/5b867b25299bf1d5a72ef0e7/El-modelo-biopsicosocial-en-evolucion.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Francesc_Borrell-Carrio/publication/256812433_El_modelo_biopsicosocial_en_evolucion/links/5b867b25299bf1d5a72ef0e7/El-modelo-biopsicosocial-en-evolucion.pdf)

Carrasco Falcó, E., Polo Gaitán, G.M., Alba Quintero, I., Fernández Ortiz, L., Turrión Borrallo, L., Guerrero Espejo, M.,.... García Sáenz del Burgo, R. (Diciembre de 2015). *Voluntariado en Salud Mental*. Madrid, España: Fundación Juan Ciudad. Recuperado de: [https://solidaritat.santjoandedeu.org/sites/default/files/voluntariado\\_en\\_salud\\_mental.pdf](https://solidaritat.santjoandedeu.org/sites/default/files/voluntariado_en_salud_mental.pdf)

Celorio Fries, G. A. (2016). Necesidades de los familiares de personas con patología dual. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, Vol.13 nº82. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277915>

Consejería de Sanidad. (2016). IV Plan de salud de Castilla y León. Perspectiva 2020. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/iv-plan-salud-castilla-leon-perspectiva-2020>

Consejería de Sanidad. (2006). Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León (1º Redicción). Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/estrategia-regional-salud-mental-asistencia-psiquiatrica--1>

Contreras Torres, A. (2016). Tesis doctoral: Sistema nacional de salud: sujetos protegidos y contenido del derecho a la prestación de asistencia sanitaria (Tesis doctoral). Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=117938>

De La Guardia Gutiérrez, M.A., Ruvalcaba Ledezma, J.C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of negative & no positive results*. Vol. 5 N<sup>o</sup>1. Pp. 81-91. DOI: 10.19230/jonnpr.3215

del Estado, B. O. (2006). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (2017). Plan Nacional Sobre Drogas: Memoria 2017. Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/2019 MEMORIA 2017.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/2019_MEMORIA_2017.pdf)

Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos De Trabajo Social*, 23, 253 - 263. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110253A>

Díaz de Mera, E. (2017). El trabajo social sanitario y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad social en España. *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 13, 101-120. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:revistaComunitania-2017-13-7040>

Engel, G. (1977). La necesidad por un nuevo modelo médico: Un reto para la biomedicina. *Revista ciencia*, 196 (4282), 129, 136. Recuperado de: <https://science.sciencemag.org/content/196/4286/129>

España. Ley 17/1967, de 8 de abril, por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes y adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las Naciones Unidas. Boletín Oficial del Estado, 11 de marzo de 1967, núm. 86. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1967-5592>

Española, C. (1978). de 6 de diciembre. *Publicada en Boletín Oficial del Estado*, (311).

Espino, A. (2006). La atención a la salud mental en España: estrategias y compromiso social. *Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha*. Recuperado de: [https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est15.pdf.pdf](https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf)

FEAFES. (2020). Salud mental. Lugar de publicación: Sitio Web *Saúde Mental FEAFES Galicia*. Recuperado de: <http://feafesgalicia.org/>

Grant, J.E. y Chamberlain, M.R. (2017). Expandir la definición de adicción. *RET: Revista de toxicomanías*, n<sup>o</sup>81. Pp. 1-1. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6390832>

Grupo de Intervención Social en Emergencias del Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla (GISE-COTSS). (2020). Buenas Prácticas para Trabajadoras/es sociales.

Intervención Psicosocial, Despedida y Duelo ante la presencia del COVID-19. Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla. Recuperado de: <https://trabajosocialesevilla.es/publicacion-buenas-practicas-para-trabajadoras-es-sociales-intervencion-psicosocial-despedida-y-duelo-ante-la-presencia-del-covid-19/>

Gerencia Regional de Salud. (2020). Proceso de atención en los equipos de Salud Mental de la Comunidad de Castilla y León. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/salud-mental.ficheros/974962-PROCESO%20DE%20ATENCION%20EN%20LOS%20ESM%20DE%20CyL.pdf>

Goldaracena, F. I. (2018). *Trabajo social psiquiátrico: reivindicación ética de la dimensión social en salud mental* (Vol. 9). Nau Llibres. Recuperado de: [https://books.google.es/books?id=llp0DwAAQBAJ&pg=PA5&dq=el+trabajo+social+en+salud+mental&lr=&hl=es&source=gbselected\\_pages&cad=2#v=onepage&q=el%20trabajo%20social%20en%20salud%20mental&f=false](https://books.google.es/books?id=llp0DwAAQBAJ&pg=PA5&dq=el+trabajo+social+en+salud+mental&lr=&hl=es&source=gbselected_pages&cad=2#v=onepage&q=el%20trabajo%20social%20en%20salud%20mental&f=false)

Iglesias, J. B., & Rodríguez, H. G. (2016). ESTIGMA Y SALUD MENTAL UNA REFLEXIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL STIGMA AND MENTAL HEALTH A REFLECTION FROM THE FIELD OF SOCIAL WORK. *Trabajo Social Hoy*, 78, 95-112. Recuperado de: <https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/142/estigma-y-salud-mental-una-reflexion-desde-el-trabajo-social>

Instituto de Información Sanitaria. (2010). Atención a la salud mental. Organización en las comunidades autónomas. Recuperado de: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Atencion\\_a\\_la\\_Salud\\_Mental\\_y\\_Dispositivos-2010.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Atencion_a_la_Salud_Mental_y_Dispositivos-2010.pdf)

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>

Junta de Castilla y León. Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente de Castilla y León (SAISDE). Recuperado de <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/recursos-enlaces-interes.html>. Último acceso: 26 de junio de 2020.

Kleinman, A. (1999). *Violencia Social: Interrogantes de investigación sobre experiencias locales y respuestas globales*.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. *Recuperado de: https://fundadeps.org/wp-content/uploads/eps\_media/recursos/documentos/132/informe-lalonde.pdf*

Lana, Fernando. (1998). Intervenciones psicosociales en trastornos de personalidad dependientes de sustancias. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Fernando\\_Lana/publication/264522201\\_Intervenciones\\_psicosociales\\_en\\_trastornos\\_de\\_personalidad\\_dependientes\\_de\\_sustancias/links/53e2414a0cf2d79877aa2346.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fernando_Lana/publication/264522201_Intervenciones_psicosociales_en_trastornos_de_personalidad_dependientes_de_sustancias/links/53e2414a0cf2d79877aa2346.pdf)

Londoño, M. A. (2013). Lo psicosocial en relación al Trabajo Social. Recuperado de: <http://biblioteca.esucomex.cl/RCA/Lo%20psicosocial%20en%20relaci%C3%B3n%20al%20trabajo%20social.pdf>

Martín, B. H. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, (52), 314-325. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703400>

Martín, G. H. (2010). Consideraciones históricas relevantes del Trabajo Social sanitario. El imaginario del Trabajo Social en las tesis de fin de estudios, 35. Recuperado de: [https://eprints.ucm.es/12263/1/ISBN\\_978\\_84\\_693\\_4432\\_4\\_EL\\_IMAGINARIO.pdf](https://eprints.ucm.es/12263/1/ISBN_978_84_693_4432_4_EL_IMAGINARIO.pdf)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Dirección General de Salud Pública y Subdirección General de Información Sanitaria. (2020). Clasificación Internacional de enfermedades (10ª Edición). Recuperado de: <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabusador.html>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). Plan Nacional Sobre Drogas. Atención integral a las adicciones: red de atención pública a las drogodependencias en España. Recuperado de: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/home.htm>

OMS (2020). Constitución: La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. Lugar de publicación: *Sitio Web Mundial Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

OMS (2020). Constitución de la OMS: Principios. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. Lugar de publicación: *Sitio Web Mundial Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <http://www9.who.int/about/mission/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2004). Conceptos, evidencia emergente y practica. *Informe compendiado*. Ginebra: OMS, *Promoción de la Salud Mental*. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. (1961). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. Pp. 1-56. Nueva York, Estados Unidos. Recuperado de: [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf)

OMS, O. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. *Recuperado de: http://www.who.int/substance\_abuse/terminology/lexicon\_alcohol\_drugs\_spanish.pdf*.

Organización Mundial de Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS. Recuperado de: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)

OMS (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/).

Organización de las Naciones Unidas. (1961). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. Pp. 1-56. Nueva York, Estados Unidos. Recuperado de: [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf)

Organización de las Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>

Palomino Moral, P.A., Grande Gascón, M.L. y Linares Abad, M. (2014). LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI, *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 72(1), 71-91. DOI:10.3989/ris.2013.02.16

Pileño Martínez, M. E., Morillo Rodríguez, F. J., Salvadores Fuentes, P., & Nogales Espert, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*, Año VII, n. 13 (1. semestre 2003); pp. 29-35. Recuperado de: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC\\_13\\_06.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf)

Reguera, J. A. D. (2018). *El trabajo social en el ámbito de la salud: su posición dentro del paradigma biopsicosocial* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/55613/1/T41147.pdf>

Rodríguez, L. C., González, M. A. G., & Pérez, P. M. (2014). De lo general a lo específico en Trabajo Social: propuesta de especialización en Salud Mental. *Trabajo social hoy*, (72), 109-126. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5260365>

Rodríguez Luna, M., Barrientos Torroja, M., Rosado Ruíz, J., García Benítez, C., Reinoso Bellido, R., Luque García, F.,...& Sánchez Moreno, A. (2016). *Actividad Motivada y Patología Dual. La actividad motivada como estrategia hacia una mejora de la calidad de vida en patología dual*. Málaga, España. Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2016\\_Actividad\\_motivada\\_y\\_patologia\\_dual.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2016_Actividad_motivada_y_patologia_dual.pdf)

Romaní, Oriol. (2010). Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*, 17(49), 83-101. Recuperado en 23 de junio de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592010000200006&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200006&lng=es&tlng=pt).

Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez-Barquero, J. L., Muñoz, P. E., Gómez-Beneyto, M., & Torres, F. (2002). La salud mental en España: Cenicienta en el País de las Maravillas. *Informe SESPAS*, 301-326. Recuperado de: <https://www.sespas.es/informe2002/cap15.pdf>.

Sánchez, M. T. G., & Masfret, D. C. (2016). Debates transdisciplinares en torno a la especialización del trabajo social sanitario. In *Respuestas transdisciplinares en una*

sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social (p. 143). Universidad de La Rioja. Recuperado de:

[https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS\\_2016/pdf/R376.pdf](https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/pdf/R376.pdf)

Segrera, M. A. T. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos. *Centro Sur*, 3(1), 14-26.

Recuperado de: <http://centroseditorial.com/index.php/revista/article/view/18/17>

Secretaría General de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017 Serie informes monográficos - SALUD MENTAL. Recuperado de:

[https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf)

Sociedad Española de Patología Dual.(2016). Protocolos de intervención patología dual: Adicciones comportamentales y patología dual. Recuperado de:

<https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/8-pdual-adicciones.pdf>

Torres, M., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., & Álvarez, C. (2009). Historia de las adicciones en la España contemporánea. Recuperado de:

[http://www.pnsd.msbs.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/HistoriaAdicciones\\_EspContem.pdf](http://www.pnsd.msbs.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf)

Trullenque, E. M. G., & María, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3406899>

Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mesías I, B., Barral, B., & Casas, M. (2015). Libro blanco: Recursos y necesidades asistenciales en patología dual. *Madrid: Sanidad y Ediciones, SL* Recuperado de:

<http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>

Velázquez, M. C. A. (2012). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Revista Ene de Enfermería*, 3(2). Recuperado de:

<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/146/129>

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud. Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, Vol. 8, Nº 4. Pp-237-241. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3799995>

Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Eds.). (2006). *Los Determinantes sociales de salud: los hechos probados*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:

<https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/de-sigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>

## ANEXOS

### Anexo I: El gradiente social español en Salud Mental. Encuesta ENSE 2017. Análisis de resultados.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) aporta datos que evidencian la existencia de un gradiente social, es decir, de una serie de desigualdades o inequidades en salud derivadas de las desigualdades sociales y que, además, éstas tienen un efecto negativo sobre la salud general de las personas.

Concretamente, en cuanto a la salud mental, la Encuesta Nacional de Salud llevada a cabo en 2017 aportó datos de sumo interés en materia de salud mental desde un enfoque de determinantes sociales de salud. De entre todos los datos que recoge dicha encuesta se pueden señalar los siguientes por su especial relevancia en cuanto al riesgo de padecimiento de problemas de salud mental, la prevalencia de los mismos y la precariedad de acceso a una atención médica en función de las variables actividad laboral clase social, género y nivel educativo.

#### Datos riesgo de mala salud mental

**Tabla nº 1: Riesgo de mala salud mental según la actividad laboral**

<b>RIESGO DE MALA SALUD MENTAL EN POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS SEGÚN SU ACTIVIDAD LABORAL</b>			
<b>ACTIVIDAD LABORAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>MUJER</b>
Trabajando	12,51 %	9,64 %	15,99 %
En desempleo	26,64 %	24,87 %	28,29 %
Jubilado	21,66 %	15,97 %	27,98 %
Estudiando	12,88 %	9,06 %	16,96 %
Incapacitado para trabajar	50,46 %	46,06 %	57,16 %
Labores del hogar	23,54 %	10,02%	23,70 %

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de los datos extraídos de Secretaría General de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017).*

Uno de los principales determinantes del riesgo de padecimiento de una enfermedad mental fue el tipo de actividad laboral (Tabla 1), existiendo un riesgo mayor entre la población en situación de desempleo (26.64%) que entre la población activa laboralmente (12.51%) y dándose el riesgo más alto entre la población incapacitada para trabajar (50.46%). Asimismo, si analizamos los datos desde una perspectiva de género podemos observar que el riesgo de mala salud mental es, independientemente del tipo de actividad laboral, mayor en las mujeres.

**Tabla nº 2: Riesgo de mala salud mental según el nivel de estudios alcanzado**

<b>RIESGO DE MALA SALUD MENTAL EN POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS SEGÚN SU NIVEL DE ESTUDIOS</b>			
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>MUJER</b>
Primarios/sin estudios	15,35 %	16,62 %	26,21 %
Secundarios	13,37 %	11,44 %	19,17 %
Universitarios	13,92 %	10,62 %	15,90 %

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de los datos extraídos de Secretaría General de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017).*

**Tabla nº 3: Riesgo de mala salud mental en población mayor de 15 años según la clase social**

<b>RIESGO DE MALA SALUD MENTAL EN POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS SEGÚN LA CLASE SOCIAL</b>			
<b>CLASE SOCIAL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>MUJER</b>
Clase social I	12,43 %	11,32 %	13,55 %
Clase social II	13,30 %	10,14 %	16,24 %
Clase social III	15,91 %	12,53 %	19,17 %
Clase social IV	17,98 %	14,22 %	22,39 %
Clase social V	19,68 %	14,80 %	24,33 %
Clase social VI	23,61 %	18,12 %	28,12 %
No consta	21,10 %	11,08 %	24,60 %

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de los datos extraídos de Secretaría General de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017).*

En esta misma línea se puede observar que el gradiente socioeconómico se ve acusado en función de la clase social, así como en función del nivel educativo alcanzado (Tablas 2 y 3).

El riesgo de mala salud mental entre la población con una formación superior es menor (13.4%), viéndose el mismo incrementado hasta alcanzar una cifra del 21.5% entre las personas con un nivel de estudios básico. Esta agudización del gradiente social también se ve reflejada en la Tabla 3, pudiéndose observar un mayor riesgo de mala salud mental entre las clases sociales más bajas y viéndose siempre incrementadas las desigualdades en salud mental por género, es decir, existiendo un riesgo mayor de padecimiento de mala salud mental entre las mujeres que en los hombres en ambos casos.

Datos de prevalencia de ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental en población mayor de 15 años según su actividad laboral.

**Tabla nº 4: Prevalencia de ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental en población de 15 años según su actividad laboral**

PREVALENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN U OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS SEGÚN SU ACTIVIDAD LABORAL									
TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL	DEPRESIÓN			ANSIEDAD			OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL		
	ACTIVIDAD LABORAL	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE
Trabajando	3,08 %	1,75 %	4,69 %	4,42 %	2,74 %	6,46 %	0,50 %	0,39 %	0,62 %
En desempleo	7,90 %	6,21 %	9,49 %	9,44 %	7,31 %	11,44 %	1,39 %	1,85 %	0,97 %
Jubilado	11,14 %	6,00 %	16,83%	8,47 %	4,47 %	12,89 %	3,91 %	3,19 %	4,70 %
Estudiando	1,57 %	1,49 %	1,66%	2,44 %	1,66 %	3,26 %	1,54 %	1,92 %	1,14 %
Incapacitado para trabajar	30,06 %	28,09 %	32,95 %	27,35 %	25,25 %	30,43 %	22,94 %	23,80 %	21,67 %
Labores del hogar	12,14 %	.	12,28%	9,77 %	.	9,83 %	1,45 %	.	1,46%

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de los datos extraídos de Secretaría General de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2017).*

En base al tipo de actividad laboral desarrollada se puede observar que la prevalencia de enfermedades mentales fue mayor entre las personas jubiladas y las incapacitadas para el desarrollo de una actividad laboral, llegando a alcanzar en éstas últimas cifras de prevalencia de depresión por encima del 30.06 % frente al 3.08% de la población activa laboralmente. Asimismo, la prevalencia de la depresión entre la población en situación de desempleo fue dos veces mayor (7.9%) que la de la población activa laboralmente (3.06%).

Este mismo gradiente social en función de la actividad laboral también es observable no sólo en los trastornos de ansiedad sino también en otros problemas de salud mental, obteniendo resultados muy similares tal y como se puede observar en la Tabla 4.

**Tabla nº 5: Prevalencia de ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental en población mayor de 15 años según la clase social**

DATOS PREVALENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN U OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS SEGÚN LA CLASE SOCIAL									
TIPO DE PROBLEMA DE SALUD MENTAL	DEPRESIÓN			ANSIEDAD			OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL		
	CLASE SOCIAL	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE
Clase social I	2,87 %	1,63 %	4,11 %	3,91 %	2,12 %	5,69 %	1,27 %	1,25 %	1,29 %
Clase social II	4,26 %	3,27 %	5,18 %	4,82 %	4,25 %	5,36 %	0,97 %	1,09 %	0,86 %
Clase social III	5,53 %	3,68 %	7,31 %	6,03 %	4,21 %	7,77 %	1,67 %	1,68 %	1,65 %
Clase social IV	6,35 %	3,51 %	9,70 %	6,44 %	3,94 %	9,39 %	1,85 %	2,10 %	1,55 %
Clase social V	8,25 %	5,02 %	11,32 %	7,62 %	4,66 %	10,43 %	2,40 %	2,04 %	2,76 %
Clase social VI	8,54 %	5,32 %	11,19 %	8,69 %	5,69 %	11,14 %	2,94 %	3,69 %	2,32 %
No consta	11,61 %	3,17 %	14,53 %	10,89 %	4,81 %	13,00 %	5,07 %	7,46 %	4,24 %

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos extraídos de Secretaría General de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017).

**Tabla nº 6: Prevalencia de ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental en población mayor de 15 años según su nivel de estudios**

DATOS PREVALENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN U OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS SEGÚN SU NIVEL DE ESTUDIOS									
TIPO DE PROBLEMA DE SALUD MENTAL	DEPRESIÓN			ANSIEDAD			OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL		
	NIVEL EDUCATIVO	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE
Primarios/sin estudios	9,16 %	5,35 %	12,80 %	8,51 %	5,50 %	11,40 %	3,28 %	3,35 %	3,22 %
Secundarios	5,01 %	3,01 %	6,95 %	5,60 %	3,38 %	7,76 %	0,80 %	0,80 %	0,80 %
Universitarios	3,16 %	2,26 %	3,98 %	4,18 %	2,57 %	5,65 %	0,73 %	0,62 %	0,83 %

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos extraídos de Secretaría General de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017).

Asimismo, los trastornos de la salud mental presentan un claro gradiente social en función de la clase social (Tabla 5) y el nivel educativo (Tabla 6).

En cuanto a la clase social puede desatacarse que el padecimiento de alguna enfermedad mental entre la población perteneciente a la Clase Social VI (Trabajadores no cualificados) fue superior al doble (3.69%) que entre la población perteneciente a la Clase Social I (Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias), dándose en ésta última una cifra del 1.27% y observándose datos similares en cuanto a la ansiedad y la depresión crónicas.

Por otro lado, en cuanto al nivel educativo alcanzado se puede observar que la prevalencia de enfermedades mentales, ansiedad y depresión es menor entre la

población que ha alcanzado estudios superiores (Depresión 3,16%, Ansiedad 4,18%, Otros problemas de salud mental 0,73%), alcanzando cifras superiores entre la población con estudios básicos o sin estudios (Depresión 9,16%, Ansiedad 8,51%, Otros problemas de salud mental 3,28%).

**Tabla nº 7: Inaccesibilidad a la atención de salud mental por motivos económicos**

<b>INACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL POR MOTIVOS ECONÓMICOS:</b>			
<b>CLASE SOCIAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
I	0,33 %	0,68 %	0,51 %
II	0,42 %	0,66 %	0,55 %
III	0,64 %	1,39 %	1,03 %
IV	0,75 %	1,35 %	1,03 %
V	1,19 %	2,19 %	1,70 %
VI	1,41 %	2,86 %	2,21 %
No consta	0,00 %	1,60 %	1,18 %

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de los datos extraídos de Secretaría General de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017).*

También se puede observar un gradiente social en cuanto al acceso a una atención médica para la atención de los problemas de salud mental por clase social, llegándose a cuadruplicar la frecuencia de situaciones de inaccesibilidad a una atención médica a causa de falta de recursos económicos. Concretamente se dio una cifra del 0,51% en la Clase I (Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias) frente al 2,21% de la Clase VI (Trabajadores no cualificados). Igualmente, tal y como sucedía en los indicadores anteriormente analizados, se puede observar que dicho gradiente social se ve acentuado en las mujeres.

### Conclusiones generales obtenidas del estudio

De entre todas las conclusiones principales obtenidas a partir del análisis de los resultados del estudio, en relación con la salud mental, podemos destacar las siguientes:

- La prevalencia de enfermedades mentales es más frecuente entre las personas en situación de desempleo, viéndose reducidas las tasas de prevalencia de enfermedades mentales entre la población empleada.  
Ej.: La depresión cuenta con una prevalencia del 7.9% entre las personas desempleadas, un 3.1% entre las personas empleadas y alcanzando una cifra del 30% en la población incapacitada laboralmente.
- A partir de los datos recogidos, desde una perspectiva de género, podemos confirmar la existencia de una brecha de género dentro de la salud mental, existiendo cifras de hasta el doble de prevalencia de enfermedades mentales en las mujeres que en los hombres. Asimismo, la morbilidad neuropsiquiátrica en función de la posición socioeconómica se ve acentuada en las mujeres. Esto significa que en las clases sociales más bajas la morbilidad de enfermedades mentales tiene una magnitud mayor en las mujeres que en los hombres,

existiendo también una brecha social por sexo a medida que se da un descenso de la clase social.

- Asimismo, los efectos del gradiente social se reflejaron no solamente en la frecuencia del padecimiento de una enfermedad mental sino que también en el riesgo de padecerla.

## **Anexo II: Antecedentes del Trabajo Social dentro Sanitario.**

Los inicios del Trabajo Social Sanitario se sitúan en el Hospital General de Massachusetts, en Boston, donde en 1905 el Dr. Richard Clarke Cabot contrata a la primera trabajadora social sanitaria e incorpora la atención social al establecer el Departamento de Servicio Social en dicho hospital (cit. por Martín, 2010). *‘Cabot consideraba que los trabajadores sociales formaban parte del equipo de salud’* (Martín, G.H., 2010:37).

En 1917 Mary Richmond señalará la importancia de esta acción y recalcará la trascendencia del papel del trabajador social en la atención sanitaria, defendiendo la capacidad del trabajador social para completar la perspectiva médica. Asimismo, señalará las actuaciones llevadas a cabo desde la Charity Organization Society (C.O.S) cuya eficacia impulsó la contratación de trabajadores sociales en consultas médicas privadas (Martín, 2010).

Momentos después, se da la aparición de un nuevo modelo de atención que se implanta en Londres en 1967, en St. Christopher Hospice. El Modelo Hospice tuvo tanto éxito que fue implantado posteriormente en otros hospitales (Martín, 2010).

En España, destacan las aportaciones del Dr. Roviralta en cuanto a la profesionalización de la asistencia y acción social, promoviendo la fundación de la primera escuela de trabajo social en España en 1932 en Barcelona. En aquel momento no existían especializaciones profesionales dentro del trabajo social. No obstante, dentro del ámbito de la salud pronto comenzó a surgir dicha necesidad, especialmente en psiquiatría y gerontología, organizándose cursos de especialización profesional desde el Ministerio de Trabajo y desde el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (Martín, 2010).

La relevancia del papel que desarrollaron en el ámbito sanitario los trabajadores sociales en esa década hizo que se comenzasen a enmarcar como profesionales sanitarios (como se cita en Martín, 2010).

En este contexto surge una *‘nueva situación para el Trabajo Social que amplió sus horizontes’* (Martín, G.H., 2010:42).

Se realza así la capacidad del trabajador social para garantizar la prestación de una atención integral, no sólo al enfermo sino también a la comunidad; aspecto que la OMS había recalcado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, defendiendo una atención primaria comunitaria y realizada desde equipos multidisciplinares.

Finalmente, cabe señalar que la incorporación del Trabajo Social al sistema sanitario se sustentará en una base jurídica, dentro de la cual cabe señalar la Reforma 1984, Real Decreto de 11 de enero de 1984 sobre estructuras básicas de salud<sup>11</sup>.

En él se reorganiza la asistencia sanitaria extrahospitalaria mediante una distribución geográfica en áreas de salud con la finalidad de facilitar la coordinación sanitaria y garantizar una atención integral y continuada a la población (Martín, 2010). Además, supuso un cambio filosófico en la medida en que se pasó de una concepción asistencial del individuo a una percepción basada en la prevención y promoción de la salud, entendiéndose la salud desde una perspectiva social y comunitaria (Díaz de Mera, 2017).

Esto supuso la aparición de Equipos de Atención Primaria, de carácter multidisciplinar, en los Centros de Salud, introduciéndose así el Trabajo Social en Atención Primaria (Martín, 2010) bajo el enfoque de la atención integral de la salud y la intervención en los factores sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad (Velázquez, 2012).

Por otro lado la Ley General de Sanidad de 1986<sup>12</sup> establece el deber de la Administración Pública respecto a la promoción de la salud a través de la educación sanitaria, señalando la importancia de las actuaciones en materia de prevención de enfermedades y la asistencia sanitaria a la población enferma junto con la rehabilitación y reinserción social del paciente (Díaz de Mera, 2017).

Posteriormente, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>13</sup> establece en su Artículo 12 al Trabajo Social como uno de los servicios de Atención Primaria (Díaz de Mera, 2017).

---

<sup>11</sup> del Estado, B. O. (1984). Real Decreto 137/1984, de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud.

<sup>12</sup> De España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, de 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 15207 a 15224. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>

<sup>13</sup> De España. Ley 16/2003, de 28 de Octubre, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, de 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp. 20567 a 20588. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715>