



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL
"PATOLOGÍA DUAL: LA INTERVENCIÓN PLURAL"

Autora: D^a SANDRA CABALLERO GUTIÉRREZ

Tutores: D^a. M^a FÉLIX RIVAS ANTÓN

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2014 - 2015

FECHA DE ENTREGA: 17 de JUNIO de 2015

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Justificación.....	6
Objetivos.....	9
Metodología.....	10
Capítulo I: ¿Qué es la Patología Dual?.....	11
1. Dificultades en el tratamiento.....	18
2. Abordajes terapéuticos: Tipologías.....	19
3. El Tratamiento Integral.....	20
3.1 Características del Tratamiento Integral.....	20
4. Riesgo y Protección durante el Tratamiento: Factores.....	22
4.1 Factores de Protección.....	22
4.2 Factores de Riesgo.....	25
5. Interacción de los Trastornos Mentales y Trastornos por Uso de Sustancias.....	28
Capítulo II: Drogas en Patología Dual.....	29
1. Los Opiáceos.....	31
2. Los Cannabinoides.....	31
3. El Alcohol.....	32
4. Las Anfetaminas.....	33
5. La Cocaína.....	33
6. Los Alucinógenos.....	34
7. La Cafeína o Xantinas.....	34
8. La Fenciclidina.....	34
9. Los Inhalantes.....	35
10. La Nicotina.....	35
11. Los Sedantes, los Hipnóticos y los Ansiolíticos.....	35

Capítulo III: Trastorno Mental en Patología Dual.....	36
1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.....	38
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos....	39
3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	40
4. Trastornos del estado de ánimo.....	40
5. Trastornos de ansiedad.....	41
6. Trastornos del sueño.....	41
7. Trastornos sexuales.....	41
8. Trastornos de la personalidad.....	42
9. Relación de las sustancias que inducen Trastornos Mentales y Trastornos Mentales inducidos por las sustancias.....	43
Capítulo IV: Trabajo Social en la Patología Dual.....	46
Conclusiones.....	52
Anexos.....	54
Capítulo V: Centros de Patología Dual.....	54
1. Unidad de Patología Dual Martorell.....	55
2. Unidad de Patología Dual/Alcoholismo Sant Boi de Llobregat.....	55
3. Unidad de Patología Dual Isla Pedrosa.....	55
4. Pisos de Patología Dual (PPD) Madrid.....	56
Bibliografía.....	58
Índice de Gráficos	
Gráfico 1.....	15
Gráfico 2.....	28
Gráfico 3.....	37
Gráficos 4-14.....	43-46

RESUMEN

El término patología dual es bastante desconocido, pero nos puede resultar más familiar si explicamos que se trata de la presencia de un trastorno mental y una drogodependencia en un mismo paciente.

El siguiente trabajo plantea la relación entre los ámbitos de salud mental y la drogodependencia y la intervención que desde el Trabajo Social se desarrolla con estos pacientes. A través de la revisión de la bibliografía obtenida se analizarán primero y de manera breve estas áreas permitiendo entender cada contexto con sus problemáticas propias, para a continuación establecer la relación entre ambas: el consumo de sustancias y la enfermedad mental. Para ello delimitaremos algunos de estos estupefacientes viendo cuáles son sus efectos en el sistema nervioso y en qué consisten algunas de las patologías relacionadas con el consumo de drogas.

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

Palabras Clave: Patología Dual, Trastorno Mental, Trastorno por uso de sustancias, Tratamiento Integral, Equipo Multidisciplinar.

INTRODUCCIÓN

Son muchas las dimensiones que componen a la persona, y todas ellas están interrelacionadas. A menudo unos problemas subyacen a otros y hay que resolver estos de forma simultánea. En el caso que nos ocupa encontramos una doble problemática que el trabajador social y el resto de profesionales (psiquiatra, médico general, psicólogo, educador social o terapeuta ocupacional) que intervienen tienen que enfrentar de manera inclusiva. Hablamos de la patología dual.

Esta convergencia entre las áreas de salud mental y drogodependencia es si cabe mucho más compleja que otras problemáticas junto con su abordaje. La patología dual es un campo aún muy desconocido a pesar de que está cada día más presente en la sociedad. Desgraciadamente la percepción que existe en la sociedad sobre el riesgo de sufrir una enfermedad mental por el consumo de sustancias es mínima. Ni siquiera el diagnóstico es claro dado que los síntomas de ambas patologías se solapan y enmascaran los síntomas de la otra.

A pesar de que por separado ambos trastornos son tratados desde una base consolidada, la patología dual resulta bastante novedosa aunque su presencia no sea precisamente reciente en el tiempo. En nuestro país es evidente la carencia de unos servicios y unos profesionales adecuados, a menudo los pacientes y las familias no encuentran respuesta a sus necesidades específicas y en muchos casos nunca llegan a tener un espacio propio en el que ser atendidos.

El consumo de sustancias, sobre todo en la población más joven, que se lleva experimentando en la sociedad española desde hace décadas está viendo ahora sus consecuencias en cuanto a salud mental se refiere. La relación entre el consumo y la aparición de enfermedades mentales es más que evidente, seis de cada diez personas con drogodependencia atendidas en centros especializados sufren algún trastorno mental, más del cincuenta por ciento de enfermos mentales diagnosticados consumen, y el pronóstico en el tiempo tiende a empeorar.

Si el abordaje de pacientes con patología dual es complejo desde un punto de vista profesional podemos imaginar la dificultad que supone para los familiares de estas

personas atajar este problema cuando, como es el caso, no suelen disponer del apoyo necesario y se enfrentan prácticamente en soledad a una situación que socialmente implica la estigmatización de quienes la sufren directa o indirectamente.

El trabajo profesional integral al que hacemos alusión implica la participación del trabajador social entre otros. La presencia de nuestra profesión en el área de toxicomanías y en el área de salud mental por separado es plausible, pero en la patología dual se reclama necesariamente esta acción de forma simultánea con el paciente y en coordinación con el resto de profesionales e instituciones.

JUSTIFICACIÓN

El bienestar como objeto de nuestra profesión, implica el buen estado de todo aquello que forma parte de la persona, de su entorno y de un contexto.

La salud física y mental es uno de los pilares de este bienestar y cuando se ve afectada en materia social, es necesaria la intervención de los profesionales del Trabajo Social. Una salud deficitaria puede tener consecuencias negativas como situaciones de riesgo, vulnerabilidad o exclusión, lo que genera dificultades en la persona y en su entorno más cercano por lo que se explica la presencia del trabajador social como profesional del área.

Lo mismo ocurre en el caso de las toxicomanías. Se trata de un problema de salud en el que es imposible no vincular los factores sociales con el hecho de consumir o no sustancias. La multicausalidad de una drogodependencia obliga a una intervención completa, lo que incluye un abordaje en lo relacionado con lo social y con ello la presencia de los trabajadores sociales. Drogodependencia y salud son dos ejes estrechamente ligados que se retroalimentan. El consumo afecta a la salud del individuo, y la salud del individuo influye en un posible consumo, nuestra disciplina encuentra su razón de ser en la consecución de este bienestar y por ello es parte en el tratamiento de la patología dual.

Esta convergencia entre la salud y la drogodependencia es relativamente poco conocida, de hecho durante los años de carrera no recuerdo haber escuchado nunca este término, sí alusiones sobre que el consumo de drogas afecta a la salud mental

obviamente, pero casi de soslayo, sin prestarle más atención a pesar de ser un asunto de gran gravedad como iremos viendo. La elección del tema de este trabajo de fin de grado versaba sobre la relación de las drogas en la salud mental dentro del contexto del Trabajo Social, pero hasta que no me senté a buscar información sobre ello no di con el concepto “Patología Dual”, y soy la primera sorprendida con todo lo que está detrás de este término y con todo lo que desconocemos sobre este problema.

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

El trabajador social aporta a la intervención en Patología Dual, esa visión de la persona dentro de un contexto total, que abarca todas las dimensiones que le son propias. Como apunta Eva M^a Garcés Trullenque, (2007) nuestra labor como profesionales de lo social se relaciona con las condiciones de vida, el desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la integración de los individuos en el medio socio-cultural.

Podríamos decir que las funciones o competencias básicas de los trabajadores sociales son compartidas sea cual sea el campo de actuación, y que con esta base, las vamos adaptando a la especificidad de cada problema y de cada caso. Si analizamos nuestro papel como profesionales en los diferentes ámbitos llegamos a la conclusión de que toda nuestra intervención tiene su raíz en el Método de Trabajo Social, es decir, primero tiene lugar el estudio y el análisis de la situación, se realiza el consecuente diagnóstico social, se plantea una intervención, se pone en marcha dicha planificación y por último se evalúan los resultados obtenidos.

Siguiendo a Garcés (2007), se recogen a continuación las funciones básicas propias del Trabajo Social en Salud Mental, que como veremos más adelante son la estructura del trabajo desempeñado por un trabajador social en Patología Dual. Estas son: la atención directa a los individuos, familias o grupos, la atención a la demanda social y su consecuente análisis, la valoración o diagnóstico sociales, la planificación y la discusión de ésta con el equipo profesional; la prevención, promoción e inserción social, donde

se llevan a cabo las actuaciones necesarias para la adaptación del paciente a su entorno social y familiar a través de los recursos más apropiados; la formación, docencia e investigación; y la coordinación, donde el rol del trabajador social es el de aportar a la intervención multidisciplinar el factor social del problema, encargándose de la articulación de aquellos recursos para la integración y reinserción.

A estas funciones sumamos algunas no mencionadas anteriormente, y que se recogen en el Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social (2004). Aunque a primera vista puedan no resultar primordiales en la intervención en Patología Dual, aplicar estas funciones en el proceso puede ser necesario según el caso. Las funciones de mediación pueden tener lugar en caso de existir un conflicto entre dos partes, pongamos el paciente y la familia, a causa de los trastornos concurrentes o a causas personales relacionadas. Las funciones de supervisión tienen su contexto en el equipo de profesionales, buscando la manera más eficaz y eficiente de realizar las tareas propuestas. Otras de las funciones serían las de evaluación, durante la fase final del proceso, donde se analizan todos los pasos dados por el paciente y por el equipo con el fin de estudiar su positividad y/o negatividad de cara a futuras intervenciones. Por último encontramos las funciones gerenciales en el caso de que el profesional del Trabajo Social se encargue de: la planificación de centros, organización, dirección y control de programas sociales y servicios sociales.

OBJETIVOS

El objetivo general que se pretende con este TFG es:

- ✓ Conocer en qué consiste la Patología Dual y cuáles son las dificultades que plantea este trastorno en nuestra sociedad, analizando las características de los ejes que la conforman.

Los objetivos específicos son:

- ✓ Conceptualizar el término “patología dual” y delimitar las posibles causas que dan lugar a este cuadro clínico.
- ✓ Concienciar de la importancia y gravedad que supone este trastorno dual en la sociedad y por tanto de la urgencia de articular medios, centros y profesionales para su adecuado tratamiento.
- ✓ Analizar cuáles son las complicaciones que presenta esta patología y en consecuencia cuáles son los métodos existentes para hacerle frente.
- ✓ Explicar el “Tratamiento Integral” como forma de intervención más idónea por abarcar ambas áreas del problema de forma simultánea por un mismo equipo de profesionales.
- ✓ Definir cuál es el papel del trabajador social en la Patología Dual y cuáles son sus competencias.

METODOLOGÍA

Para hacer posible este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de todos aquellos documentos que hacen referencia a la Patología Dual, para ello se han manejado términos relacionados con el tema como: comorbilidad, drogodependencia, toxicomanía, trastorno por uso de sustancias, salud mental, trastorno mental o enfermedad mental. Las fuentes de donde se ha extraído la información son muy heterogéneas, desde sitios web, revistas científicas online, artículos a libros de autor.

El trabajo está estructurado de manera que se aborden todos los componentes que integran el tema, por ello hemos partido de toda la teoría a cerca de la Patología Dual propiamente dicha, para más tarde desdoblarse esta dualidad y explicar los aspectos más significativos de cada área por separado. Así hemos tratado en un capítulo la relación de las drogas con la patología junto con una síntesis de las principales sustancias que se consumen y a continuación hemos realizado un capítulo sobre trastornos mentales en la dualidad, explicando también las características de cada uno y su implicación en el tema.

Gran parte de la información que contiene el apartado dedicado a la Patología Dual ha sido recogida de la web de La Asociación Dual donde se exponían documentos propios escritos por la entidad, artículos de profesionales expertos en el tema o editoriales.

Para la elaboración del capítulo sobre trastorno por uso de sustancias nos hemos basado en fuentes más diversas por ser un tema que está más desarrollado, y para lo concerniente a los trastornos mentales prácticamente hemos utilizado el DSM-IV Y DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Ha sido difícil encontrar todo lo que se pretendía sobre este tema. La relativa novedad y por tanto el desconocimiento que se tiene en torno a la Patología Dual han sido factores presentes durante toda la búsqueda de bibliografía.

CAPÍTULO I: ¿QUÉ ES LA PATOLOGÍA DUAL?

Antes de comenzar a explicar a qué llamamos Patología Dual, queremos hacer varias aclaraciones en relación con la terminología que utilizaremos a lo largo de este trabajo. Las dos áreas que dan lugar a la Patología Dual son actualmente concebidas como trastorno mental en muchos estudios dado que la drogodependencia, también provoca una serie de alteraciones en nuestro cerebro que al modificarlo hacen que se equipare al cuadro propio de la enfermedad mental, como exponen Thomas R. Insel y Wang P.S (2010) ambas constituyen trastornos cerebrales. Por tanto aunque ambos trastornos sean considerados como trastorno mental, para facilitar la interpretación del texto, sí que diferenciaremos estos, y tan solo llamaremos estrictamente “trastorno mental” a la enfermedad que no está ligada con el consumo de drogas. También en parte de la bibliografía encontrada se indica que el término más apto para referirnos al área de drogodependencias, es el de trastorno por uso de sustancias, y que el resto de términos no son ya válidos y resultan incorrectos, pero debido a que no hay un consenso claro y que se admiten estos en la mayoría de documentos leídos, haremos uso tanto de unos como de otros.

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

Aún con todos los estudios realizados hasta el momento, no se puede determinar cuál de los dos trastornos influye en la aparición del otro, por lo que nos encontramos ante múltiples interrogantes sobre el origen o la causa de esta dualidad en cada caso ¿la enfermedad ya había aparecido y por ese motivo consumen, como modo de aliviar los síntomas?, ¿es el consumo de sustancias el que ha provocado el trastorno? O ¿esa enfermedad ya estaba latente, y consumir drogas la ha “desencadenado”?

Aclaremos también que en este trabajo siempre haremos alusión al término según la definición anterior, dejando a un lado el concepto de comorbilidad ya que entendemos que tan solo alude a la coexistencia de las dos problemáticas y no posee el matiz que aportaría el de asociación cruzada, es decir, la comorbilidad solo plantea un cuadro clínico estático de dos enfermedades que se encuentran en un determinado momento, sin tener en cuenta la naturaleza, evolución y curso. Excluiremos también otras propuestas más restrictivas o por el contrario con un criterio demasiado amplio en torno a esta delimitación de “Patología Dual” relativas a psiquiatría que abogan por desestimar algunas enfermedades en su relación con las drogas o por el contrario incluir síndromes o cuadros psicológicos en esta dualidad. Aquí tendremos a considerar en la configuración dual tanto el Eje I (trastornos psiquiátricos) como el Eje II (trastornos de la personalidad) según el DSM-IV o lo que es lo mismo según el DSM-V, pero cuyas nuevas modificaciones engloban estos ejes en uno solo. Y en cuanto al consumo de drogas, aclaramos que el uso inadecuado, el abuso o la dependencia sí están en el contexto de la Patología Dual, mientras que la intoxicación eventual o los efectos producidos por el síndrome de abstinencia no formarían parte del concepto.

La relación entre las dos áreas es de influencia mutua. En el caso de estar presente un trastorno mental se genera mayor nivel de vulnerabilidad ante un posible consumo y si el consumo ya es una realidad, este puede afectar de manera irreversible a la salud mental de la persona, porque en muchos casos la psicopatología de forma aislada puede producir dicho consumo como respuesta a los síntomas y por otro lado si nunca se hubiese dado un consumo prolongado en el tiempo, un episodio agudo o una dependencia, nunca se hubiera ocasionado la aparición de este tipo de trastorno.

Nos encontramos ante un problema cada vez más extendido y cuya solución se torna compleja. El doctor José Zarco, (2010) afirma que el 70% de las personas ingresadas en unidades de psiquiatría han abusado o dependen de sustancias como el hachís y el cannabis.

La psicóloga especialista en psicoterapia Pilar Blanco, (2010) y el psiquiatra y especialista en adicciones, también director técnico de la Fundación Instituto Spiral, Carlos Sirvent (2010) constatan que aproximadamente la mitad de las personas

drogodependientes presentarán una enfermedad mental en el próximo decenio y el 50% de personas con enfermedades mentales abusarán de sustancias.

Nora D. Volkow, (2007) directora del National Institute on Drug Abuse, mantiene que la mayoría de los pacientes con un problema por uso de sustancias que se dirigen a demandar tratamiento a la red de asistencia, también presentan otro trastorno mental a mayores.

Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J y Le Foll B (2013) ponen de manifiesto que más del 50% de los pacientes que demandan ayuda por diversos trastornos mentales presentan en algún momento de sus vidas una conducta adictiva.

Según Marta Iáñez, (2007) educadora social, profesional de la miniresidencia Alcobendas, “desde hace cinco años se viene observando que en los centros tanto de salud mental como de drogodependencias son los jóvenes de entre 20 y 30 años los que con más asiduidad son derivados” Y es que los centros de atención integral al drogodependiente están siendo partícipes desde entonces de que muchos jóvenes que acuden con problemas de drogadicción presentan a la vez algún trastorno mental diagnosticado, y que lo mismo ocurre a la inversa en los centros de rehabilitación psicosocial o CRPS.

El Estudio de Prevalencia de la Patología Dual en la comunidad de Madrid en 2013 realizó dicha investigación con una muestra que incluyó 837 pacientes de los cuales 208 (24,9%) procedían de centros de salud mental y 629 (75,1%) de centros para drogodependientes. Del total de pacientes que fueron evaluados, 517 (61,8%) resultaron tener Patología Dual.

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

Son muy pocos los centros que prestan un servicio acorde para esta dualidad. La persona con enfermedad mental o con una adicción dispone de numerosos centros especializados por un lado en drogodependencias y por otro en salud mental, pero no de un servicio que integre estas dos áreas en el tratamiento. Este tipo de paciente no cuenta con un espacio que atienda de manera coordinada sus dos patologías, y a menudo se convierte en paciente de puerta giratoria, un usuario habitual de hospitales y de centros para drogodependientes.

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

Como venimos diciendo la naturaleza de este problema debido a que convergen dos trastornos, dificulta más su abordaje y también implica un mayor coste asistencial, un peor pronóstico, un diagnóstico complicado de realizar y un vacío en el método por parte de los profesionales para hacerle frente. Además detectar casos de patología dual es enormemente difícil dado que en las unidades psiquiátricas el desconocimiento de un consumo de sustancias en los pacientes puede dar lugar a un error en el diagnóstico, a una nula respuesta al tratamiento y a la confusión de los profesionales; y en las unidades de toxicomanías, un trastorno mental sin identificar puede hacer que el paciente no pueda cumplir con la consecución del tratamiento, esté desmotivado por no lograr los objetivos propuestos o simplemente no se encuentre en disposición. No solo existen dificultades relativas a los pacientes sino que el desconocimiento sobre la patología dual, la poca formación en profesionales, la falta de medios en instituciones, así como actitudes impropias (moralista, alarmista o de rechazo) añaden mayor complicación en la intervención con estas personas.

Gráfico 1:

Introducción: Patología Dual



Fuente: Francisco Ignacio Mata (psiquiatra)

La patología dual puede ser originada de diferentes formas. Cuando se da primero el trastorno psiquiátrico existen tres vías por las cuales relacionarlo con la toxicomanía. Puede surgir un consumo basado en la automedicación con el objetivo de aliviar los síntomas de la enfermedad primaria, como método de hacer frente a la misma o a consecuencia de la sintomatología como factor de riesgo que provoca una mayor vulnerabilidad hacia un posible consumo.

Si por el contrario la drogodependencia es la base primaria, la problemática psiquiátrica puede ser a causa de una intoxicación o de un síndrome de abstinencia en cuyo caso los síntomas son puntuales y tiene un diagnóstico de tipo mental transitorio inducido, sin embargo si se trata de un consumo de sustancias prolongado en el tiempo, los efectos en el sistema nervioso central son permanentes. En los dos primeros supuestos dado que el individuo vuelve a recuperar su estado de salud anterior, no son considerados dentro de la patología dual, aunque está más que demostrada la relación y el efecto que provoca el consumo de sustancias en el organismo y su peligrosidad.

Gracias a la teoría desarrollada en los últimos años, se pueden diferenciar una serie de modelos o paradigmas que tratan de explicar mejor la Patología Dual, estos son:

El Modelo de Enfermedad de la Adicción considera la adicción como algo independiente, ajeno a cualquier otro trastorno, esto es, no se trata de la consecuencia de otro problema anterior. **La Hipótesis de la Automedicación** como forma de aliviar la sintomatología de un trastorno mental, este modelo determina que la elección de la droga no está hecha al azar sino que atiende al cuadro psiquiátrico de cada individuo. **El Modelo Biopsicosocial** defiende una causalidad multifactorial relativa al consumo donde hay una predisposición genética, unos factores psicológicos y unos factores sociales y culturales. Este modelo es el más cercano y compatible con el tratamiento integral de la patología dual ya que valora todos los factores que rodean a la persona. **La Hipótesis Operativa: Vulnerabilidad Cruzada**, en la que se tiene en cuenta el grado de vulnerabilidad. En este caso, las personas con patología dual tienen más dificultad para hacer frente a situaciones vitales que las personas que no la padecen. Esta hipótesis hace referencia a ese cruce entre ambas áreas y a su equilibrio o desequilibrio. Un consumo previo puede generar un episodio psicótico y al revés, el episodio puede provocar el consecuente consumo. Este paradigma incluye un trabajo con el paciente orientado a fortalecer la tolerancia al estrés que provocan ciertas situaciones vitales de las que hablábamos antes, así como la facilitación de alternativas adecuadas a estas situaciones. Es imprescindible para este abordaje conocer aquellos factores de riesgo que pueden desencadenar recaídas y aquellos de protección que permiten mantener los buenos resultados y lograr otros.

Se entiende por factores de riesgo aquellos que pueden producir en la persona algún desequilibrio y lo ponen en situación de vulnerabilidad aumentando el peligro de recaída. Por factores de protección se entiende los que favorecen ese equilibrio y hacen posible mantener la estabilidad. Ambos factores pueden ser internos y externos a la persona; los internos hacen alusión a las actitudes, comportamientos y competencias y los externos tienen que ver con el núcleo familiar, amigos, grupo de referencia o los profesionales que le atienden.

Puesto que los dos tipos de factores son altamente determinantes en el tratamiento de personas con patología dual, analizaremos estos con más detenimiento en apartados siguientes, para proseguir con aspectos más generales.

El tratamiento de personas con Patología Dual que se viene haciendo desde la Asociación Dual ha hecho posible el planteamiento de diversas hipótesis a raíz de puntos en común observados reiteradamente.

Una de estas **hipótesis es la de la Interacción Clínico-Factorial**, por la cual tanto drogodependencia como trastorno mental son determinantes de manera mutua. Junto con estas dos variables, pueden darse otras circunstancias que intervengan de forma factorial (determinante) o aditiva (condicionante). La primera afecta completamente al cuadro clínico, por ejemplo en el caso de que una persona con patología dual además padezca una discapacidad mental, este dificultaría la eficacia del tratamiento. Si la interacción es de tipo aditiva influirá en algunas parcelas y no de forma directa en el cuadro clínico, como por ejemplo sería el caso de un enfermo de VIH cuya autoestima se ve afectada, pero sin obstaculizar por ello el curso del tratamiento.

Por otro lado la **hipótesis de la Preponderancia Clínica** propone que de los dos ejes uno se presenta más vulnerable que el otro. Como hemos dicho con anterioridad, uno de los ejes apareció primero, por lo que se puede estimar que uno de los dos pondera respecto al otro, este precisamente el más frágil y al que más se ha de prestar atención por su influencia en el eje restante.

Por último encontramos la **hipótesis de la Sintomatología**. Según el caso se puede adivinar que eje es el preponderante teniendo en cuenta los síntomas negativos. Si se trata del psicopatológico, se verán afectados seriamente el nivel de autonomía y las competencias interpersonales, mientras que en el eje referente a la drogodependencia, la autonomía y las competencias interpersonales no se ven comprometidas.

1. DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO

A pesar de que son muchas las personas y familias afectadas, la patología dual sigue siendo un tema por desarrollar. El tratamiento no lo es menos, y aunque existe una dilatada teoría y experiencia tanto en salud mental como en drogodependencia, la intervención cambia cuando se conjugan ambas en un mismo individuo. Estas complejidades las podemos encontrar en diferentes aspectos.

En los pacientes se presentan muchas dificultades que hacen más complejo el tratamiento y el pronóstico. Los efectos de las drogas por sí mismos, un menor cumplimiento de la terapia, mayor nivel de recaída y hospitalizaciones, inmunidad al tratamiento antipsicótico, agresividad, problemas sociales y legales como desempleo, falta de apoyo familiar o delitos, enfermedad mental temprana o marginalidad, son algunas de los factores característicos.

La falta de formación y de recursos también suele ser una constante en pacientes con patología dual, y la falta de recursos personales, familiares y asistenciales entre otros, hacen más difícil su situación.

El hecho de que no se cuente con un abordaje concreto y especial hace que la toxicomanía y el trastorno mental se traten por separado según el campo, en instituciones diferentes y por profesionales distintos entre los que no existe coordinación.

Szerman N. *et al.* (2014) entiende que en el diagnóstico de la Patología Dual ambos trastornos han de ser valorados como primarios y que el tratamiento integrado tiene que dirigirse a ambos. También apunta la necesidad de rediseñar nuevos circuitos y dispositivos terapéuticos para estos pacientes.

2. ABORDAJES TERAPEÚTICOS: TIPOLOGÍAS

En los modos de abordaje que se han hecho en patología dual, podemos distinguir la siguiente tipología: intervención secuencial, intervención en paralelo, intervención integral en centro no específico e intervención integral en centro específico.

Comentaremos brevemente cada una para ver las diferencias y las carencias que presentan. La intervención secuencial trata las patologías de forma independiente y por orden, primero se entra en un eje para posteriormente atender el otro. Por tanto podemos observar como no tiene en cuenta la dualidad del cuadro ya que trabaja cada trastorno por separado sin admitir la relación entre los dos. La eficacia del tratamiento no será tal por el mismo motivo y no se conseguirá el equilibrio de ninguno de los ejes.

En el caso de que la intervención sea en paralelo, el tratamiento de la drogodependencia y de la enfermedad mental se hará a la vez aunque por equipos independientes. Esto se traduce en una falta de coordinación de las dos terapias por parte de los profesionales y en una falta de globalidad en el proceso.

Por último la intervención integral en centro no específico sí que implica ya ese abordaje integral y por el mismo equipo, lo que hace más completa la terapia y genera más logros durante el tratamiento, sin embargo la no especialización del centro puede derivar en complicaciones tales como la interacción con pacientes que no sufren patología dual y en que las características del cuadro no se aborden correctamente por la pluralidad de pacientes y problemáticas médicas, además de que el equipo no está formado en las peculiaridades de esta dualidad.

Una vez vistas las posibles vertientes terapéuticas podemos deducir cómo debe ser la intervención integral en centro específico. En esta el tratamiento es global, integra los dos ejes como parte del cuadro y dispone de un equipo formado en patología dual. El centro es específico de este tipo de pacientes y se adapta a sus características y necesidades, propias de la patología, con programas y recursos diseñados concretamente para ellos.

3. EL TRATAMIENTO INTEGRAL

Después de analizar las tipologías que abordan la patología dual, nos centraremos en el tratamiento integral, el utilizado en centros específicos de patología dual y el más recomendado por los profesionales.

Existen algunas similitudes entre las dos áreas que posibilitan este tratamiento como la disposición de un servicio de urgencias para problemas agudos de desintoxicación en caso de drogas y de hospitalización en caso de brote o episodio psiquiátrico. También existe en los dos campos la posibilidad de rehabilitación en régimen interno prolongado en el tiempo, clínicas u hospitales de día y la cronicidad es compartida en los dos casos al igual que el riesgo de recaída.

3.1 Características del tratamiento integral

La base de este tratamiento es conjugar dentro de un mismo programa aquellos elementos del tratamiento sobre el consumo de drogas y del psiquiátrico, y que este sea prolongado en el tiempo dada la naturaleza del problema. La intervención durante todo el proceso del mismo equipo es clave para lograr la eficacia de la terapia consiguiendo así la coordinación necesaria y evitando problemas de comunicación entre profesionales y de manipulación posible por parte del paciente.

Como hemos apuntado, una de las características de este cuadro clínico es la permanencia en el tiempo del problema, el aspecto crónico. Para ello el tratamiento se realiza a medio y largo plazo y se va modificando en función de los cambios. El punto de inicio de la intervención será una evaluación y un diagnóstico más que completo donde se recopile por parte de los profesionales toda aquella información pertinente a través de preguntas específicas, así como datos referentes a otros tratamientos en caso de haberlos, historia familiar, etc. Se hará por tanto un diagnóstico longitudinal. Respecto al tratamiento con fármacos, este deberá ser sustitutivo en función de la droga o drogas que el individuo consuma.

Este modelo integral de tratamiento se estructura por la Asociación Dual en: comunitario, psicológico individual, grupal y familiar, con recursos convencionales y no

convencionales, psiquiátrico y psicofarmacológico, con predominio de técnicas de alta contención y recursos humanos intensivo. Entre las técnicas para la mejora personal del paciente, podemos encontrar el entrenamiento en habilidades sociales, el desarrollo de estrategias para afrontar situaciones de estrés, la resolución de problemas, o en el caso de trastorno mental primario la modificación de ciertas conductas o en el de consumo de sustancias aquellas actitudes que mantienen o empujan al consumo.

La estrategia de intervención que se lleva a cabo desde la Asociación Dual es individualizada con el fin de prestar una atención adecuada a las necesidades propias de cada persona. La estructura se articula a través de las áreas de: esfera del consumo, situación clínica, situación social, autonomía, competencia interpersonal, situación familiar, adherencia al tratamiento, situación profesional, ocio y tiempo libre y variables psicológicas: autoestima, motivación, aptitudes y actitudes.

En este proceso de rehabilitación de las personas con patología Dual se presentan dos extremos. Durante los primeros momentos de la intervención vemos un grado de protección muy alto por parte de los profesionales hacia los pacientes, un control y un seguimiento que a medida que avancen los logros en la terapia irán disminuyendo a favor de la autonomía y la libertad. Cuando un paciente empieza esta rehabilitación, dispone de acompañamiento obligatorio terapéutico y la gestión de sus bienes pasa a ser responsabilidad del Equipo hasta que se valora que la persona puede hacer buen uso de su capacidad de actuación y se le “devuelven” progresivamente todas estas facultades. En el caso de un trastorno por uso de sustancias, la explicación reside en que en un consumo dilatado en el tiempo las alteraciones provocadas en el cerebro hacen que aumente la vulnerabilidad ante una posible recaída, incluso el deseo por consumir puede aparecer meses e incluso años tras una satisfactoria desintoxicación.

4. RIESGO Y PROTECCIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO: FACTORES

El proceso de tratamiento de las personas con Patología Dual solo tiene sentido a medio-largo plazo, lo que implica una serie de cambios a los que adaptarse según la necesidad y la aplicación de los recursos oportunos según el momento. Los profesionales de la Patología Dual llaman itinerario rehabilitador al diseño y desarrollo de las diferentes fases del tratamiento. Como en toda intervención individualizada el itinerario elaborado irá modificándose si así lo precisa la persona, durante todo el tratamiento se harán evaluaciones para estudiar las posibles correcciones.

En el planteamiento del tratamiento hay dos aspectos a considerar, muy relevantes, y que afectan positivamente y negativamente al individuo según se afronten: factores de protección y factores de riesgo.

Los factores de protección son los que promueven y garantizan la estabilidad de la situación clínica y psicosocial y los factores de riesgo son los que pueden provocar desequilibrios y aumentan la vulnerabilidad del individuo ante la posibilidad de recaída. Estos pueden tener origen en la propia persona (su actitud, aptitud y comportamiento) o proceder de fuera (de la familia, el grupo de convivencial o los propios profesionales con los que trata), y también en función del contexto situacional/social.

El psicólogo Raúl Izquierdo Muñoz y la trabajadora social María Padrino Bonfligio de la Asociación Dual, recogen en el documento “Patología Dual: factores de riesgo y protección” el análisis de estos factores, los cuales exponemos a continuación.

4.1 Factores de protección

- A. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico.
- B. Cumplimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras.
- C. Optimización de la capacidad de afrontamiento mediante entrenamiento psicosocial. Autonomía y competencia interpersonal.
- D. Disponibilidad de un adecuado apoyo familiar y social.
- E. Disponibilidad de apoyo profesional especializado.
- F. Desarrollo de una actividad laboral protegida u ordinaria.

A. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico:

El tratamiento ha de seguirse adecuadamente para que resulte eficaz, esto asegura la estabilidad clínica del individuo. Cumplir con las pautas médicas está relacionado con tener o no conciencia del problema. La información en estos casos es muy útil y la comunicación entre el profesional y la persona con Patología Dual es básica ya que muchos piensan en abandonar o abandonan directamente el tratamiento por efectos secundarios de los fármacos que pueden resultar vergonzosos. Es fundamental durante todo el proceso, crear confianza en la relación paciente-médico, paciente-psicólogo o paciente/usuario y trabajador social. La terapia o la intervención es ese espacio donde se van a mover el profesional y el paciente juntos, es algo compartido, por ello se ha de establecer la confianza de poder comunicar cualquier aspecto que sea motivo de preocupación y que afecte al tratamiento.

B. Cumplimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras:

Estas actividades tienen el objetivo de recuperar esas áreas perjudicadas o con déficits y su cumplimiento está directamente ligado a la aceptación y realización que de ellas haga el paciente. Son importantes sobre todo en las primeras fases del proceso y son parte fundamental en la intervención, ya que no es suficiente con llevar a cabo el tratamiento de fármacos si no se toma en serio y se pone en práctica lo planteado en la terapia. La motivación, el acompañamiento y la promoción de estas actividades son esenciales para que se realicen.

C. Optimización de la capacidad de afrontamiento mediante entrenamiento psicosocial. Autonomía y competencia interpersonal.

Para mejorar el modo de afrontar cualquier situación hay que fortalecer y desarrollar las competencias que existan entre el paciente y el medio. La Asociación Dual indica estas intervenciones: psicoeducación, prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de autocontrol, actividades de la vida diaria, actividades psicomotrices, actividades deportivas, talleres ocupacionales, actividades formativas, rehabilitación laboral, ocio y tiempo libre e intervención familiar. Dos de los elementos principales a potenciar son la: autonomía y la

competencia interpersonal. La capacidad de autogestión en lo personal y social suele estar muy deteriorada y se va recobrando conforme el proceso avanza. La capacidad para relacionarse a todos los niveles, también se ve comprometida y es objeto de mejora en el tratamiento.

D. Disponibilidad de un adecuado apoyo familiar y social.

Contar con el apoyo de la familia es una gran ventaja para que el proceso tenga éxito. Indica un mejor pronóstico y estas personas mejoran más y con mayor seguridad de mantener sus logros. El trabajo con las familias es igual de importante en el tratamiento, por ello se realizan sesiones de tutoría individual y sesiones en grupos de psicoeducación. En las sesiones con la familia de manera individual se puede consultar la situación de cada caso, hacer un seguimiento y evaluar cómo se desarrollan las pautas o estrategias de convivencia que se han consensuado y así constatar alguna dificultad que se presente.

Las sesiones grupales en la escuela de familias, permiten conocer correctamente la realidad clínica de este problema y desechar la información falseada o incorrecta que en muchos casos se haya facilitado.

E. Disponibilidad de apoyo profesional especializado

El equipo de profesionales es el responsable del diseño de intervención, de la valoración, los posibles ajustes que deban hacerse y de las correcciones del mismo. Tiene que estar especializado en las patologías a tratar y en las necesidades específicas que precisan estas personas. Como ya hemos dicho al principio del trabajo, estaría formado por un psiquiatra, un médico en medicina general, un psicólogo, un trabajador social, un educador o un terapeuta ocupacional. Lo más frecuente es que este equipo se forme por profesionales de distintos centros, redes de asistencia etc., es decir, que no exista dentro de un mismo centro asistencial, y que su coordinación sea a distancia, lo que ya hemos visto no es lo más efectivo en Patología Dual.

F. Desarrollo de una actividad laboral, protegida y ordinaria.

Esta tiene lugar al finalizar el proceso, cuando el tratamiento ha sido un logro y la persona esta rehabilitada. La incorporación de nuevo o de primeras a un trabajo, implicaría los siguientes momentos: conseguir un trabajo y mantenerlo. Digamos que es una “prueba de fuego” donde el sujeto emplea las habilidades trabajadas durante el tratamiento y pone de manifiesto su vuelta al contexto social. Un trabajo supone la integración del individuo, el establecimiento de un orden diferenciador del tiempo de trabajo y del tiempo de ocio y la percepción de un sueldo que aporta independencia.

Cuando la persona no está preparada para integrarse en la vida laboral, cabe un recurso intermedio como el empleo protegido.

Siguiendo la exposición planteada por los profesionales en Psicología y en Trabajo Social de la Asociación Dual, proseguimos con aquellos factores de riesgo presentes en el proceso.

4.2 Factores de riesgo

- A. Incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico.
- B. Inadecuado seguimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras.
- C. Escasez o pobre repertorio de habilidades de afrontamiento.
- D. Ausencia de apoyo familiar o inadecuación de éste.
- E. Incorporación laboral precipitada o en entorno inadecuado.
- F. Uso de drogas.
- G. Otros aspectos estresantes específicos potencialmente desequilibrante.

A. Incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico.

Los pacientes con tratamiento psicofarmacológico presentan el riesgo de abandonarlo a causa de efectos secundarios indeseados. En ocasiones el efecto terapéutico tarda en darse mientras que los efectos indeseados son un hecho. También cabe la posibilidad de que el paciente considere que el medicamento ha hecho su efecto y por ello suspenda el tratamiento. Otra postura frecuente es que los síntomas propios del cuadro clínico, se confundan y se atribuyan con los del fármaco en cuyo caso también

se abandone su toma. En todo caso si se quisiera suspender la medicación, esta siempre debería ser retirada paulatinamente y por el médico, de lo contrario las consecuencias de recaída o desequilibrio serían casi inevitables.

B. Inadecuado seguimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras

Una de las explicaciones a la poca predisposición tanto de personas con Patología Dual como de población en general es que sus efectos no son inmediatos y que conlleva a un compromiso que por el tipo de trastorno que sufre el paciente resulta difícil de contraer. No seguir el tratamiento o hacerlo pero de forma irregular pone en riesgo todo el proceso y aumenta la posibilidad de recaída.

C. Escasez o pobre repertorio de habilidades de afrontamiento

En el caso de personas con esta patología, todas las situaciones que producen estrés son un riesgo añadido. Las habilidades para hacerlas frente no son las mismas que tendría una persona sin esta problemática, por ello en un contexto que genere estrés, la exposición es mayor y las consecuencias más negativas, aumentando la probabilidad de consumir y por tanto de recaída.

Esta falta de capacidad para resolver situaciones de este tipo y el no saber manejar las emociones resultantes suponen un factor de riesgo global. Emociones negativas que podemos controlar o gestionar normalmente y que toleramos, cuando se dan en personas con Patología Dual se tornan mucho más complejos. La capacidad para tratar este malestar es mucho menor y se puede traducir en un consumo que lo alivie. De ahí la importancia de enseñar a gestionar este tipo de emociones mediante estrategias que eviten la recaída.

D. Ausencia de apoyo familiar o inadecuación de éste.

En ausencia de apoyos familiares, fuera del entorno terapéutico, los riesgos y la exposición son mayores. Si la familia supone un núcleo de convivencia negativo que en vez de proteger supone un factor de estrés, esto puede perjudicar el proceso. Si por el contrario este es un grupo muy protector, puede convertirse en un agente que dificulte el progreso en el tratamiento.

En los casos anteriores se plantearían soluciones como la mediación para establecer unos patrones correctos que equilibren la relación del individuo con su entorno familiar.

E. Incorporación laboral precipitada o en entorno inadecuado.

La incorporación a la vida laboral de forma temprana puede provocar el fracaso del tratamiento, y respecto a la persona, produciría frustración, el consecuente estrés y por ende una probable recaída que trunque todos los avances. Para que la adaptación sea buena entre el individuo y el trabajo, la actividad laboral tiene que estar pensada en función de las características de la persona y en función de su problemática. Por lo general no ha de ser una labor que implique estrés o competitividad y que no impida el seguimiento del tratamiento terapéutico.

F. Uso de drogas.

Ciertas drogas están instauradas culturalmente en nuestras vidas y no las vemos como amenaza ni como riesgo de nada. En Patología Dual no existe la dicotomía drogas duras y drogas blandas y menos cuando se trata de pacientes en rehabilitación o rehabilitados. En el entorno familiar o social existen riesgos que pueden no parecerlo pero que constituirían la antesala a una recaída global, por eso es vital no subjetivizar costumbres que van ligadas al consumo.

G. Otros estresores específicos potencialmente desequilibrantes.

La ausencia de ingresos económicos que no permitan a una persona autogestionarse y por ello disponer de cierta libertad y autonomía, y poseer ingresos y darles un uso inadecuado, se convierten en factores de riesgo para la persona con Patología Dual.

Un aspecto muy señalado a lo largo del trabajo y que es gran impedimento para el tratamiento es la falta de medios o servicios residenciales en los que se pueda permanecer en las distintas fases del proceso.

Por último, las posibles causas judiciales pendientes o condenas firmes en espera de recurso, que llegan una vez la persona está siendo tratada y que paralizan por

completo el proceso, son otro factor de riesgo al que se enfrentan las personas con Patología Dual.

Gráfico 2:



Fuente: Sociedad Española de Patología Dual.

5. INTERACCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTAL Y TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

La relación de estas dos áreas es más habitual de lo que podíamos pensar. Las características de uno y otro trastorno hacen que la frecuencia con la que se presentan en una persona sea muy alta. Según el NIDA, National Institute Drug Abuse existen una serie de motivos que explicarían por qué concurren de forma tan común estas dos patologías. Algunos ya los hemos mencionado antes como son el riesgo de aparición de una enfermedad mental producida por el consumo de sustancias, o la teoría de la automedicación cuando el trastorno mental es primario. Sin embargo desde el NIDA se plantean otras posibilidades.

Encontramos factores genéticos que pueden predisponer a una persona a sufrir tanto una patología como otra o que una vez aparecida una de ellas sea más probable que se presente una segunda. El entorno también influye en la concurrencia, el estrés, distintos traumas como abusos físicos o sexuales o la exposición temprana a las drogas son desencadenantes. En la revista Top en Patología Dual se habla de los paradigmas

en investigación en adicciones. Uno de ellos El modelo «centrado en el individuo», plantea que los factores clínicos, genéticos y biológicos de manera conjunta o individual contribuyen a estados psicobiológicos que a su vez influyen en el hecho de que la persona se más vulnerable a una adicción. “En este modelo, la adicción es un trastorno de conducta, que ocurre en un fenotipo vulnerable, en el cual un estado intrínseco predispone a la neuroplasticidad a que dan lugar las sustancias psicoactivas.”

Muchos de estos problemas patológicos son trastornos del desarrollo, es decir, comenzaron en la adolescencia o antes incluso, cuando en nuestro cerebro se dan los cambios más radicales. Una exposición a las drogas desde la etapa adolescente o desde la infancia puede modificar el cerebro de tal forma que el riesgo de originarse un trastorno mental crezca considerablemente. También cuando existen síntomas de una enfermedad mental hay más posibilidades consumir y padecer una toxicomanía en un futuro cercano.

CAPÍTULO II: DROGAS EN PATOLOGÍA DUAL

Llamamos droga a la materia prima de preparación de un medicamento. Es la sustancia cuya administración con un fin o no terapéutico modifica la conducta de una persona tendiendo a su uso continuado o periódico. Es necesario antes de nada explicar que en el marco cultural las diferentes drogas no están consideradas desde una misma perspectiva. Según la tradición, la integración en nuestra cultura y su punto de vista legal, hay drogas cuyo uso ni siquiera está prohibido, de esta forma se clasifican sociológicamente en drogas no institucionalizadas (heroína o cocaína) y drogas institucionalizadas (tabaco y alcohol). Queremos señalar que este tratamiento no tiene que ver con la peligrosidad de la sustancia y que su consumo, su aceptación por parte de la cultura y por la ley, no se corresponden con los de salud.

El consumo de drogas es desde hace décadas un problema de salud pública de gran importancia que afecta a muchas personas. La encuesta sobre alcohol y drogas en España, elaborada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en 2013/2014 recogió de una muestra de 23.136 personas en edades comprendidas

entre los 15 y los 65 años los siguientes datos: el tabaco es consumido por un 40,7% de personas a diario, un 78.3% consume alcohol, los hipnosedantes son utilizados por un 12,2%, el cannabis por un 9,2% y la cocaína por un 2,2%, de un total de veintitrés drogas. Respecto a la encuesta anterior del 2011 se pueden ver como el consumo de alcohol y tabaco asciende, mientras que desciende ligeramente el de cannabis desde un 9,6% en años anteriores y el de cocaína desde un 2,3%.

El trastorno por uso de sustancias es esa relación anómala que se establece entre la persona y el consumo. Esta anomalía puede tener su causa en la manera de consumir, en la finalidad, en la consecuencia de consumir, y en la actitud del individuo frente a las consecuencias de este consumo.

En este apartado veremos cómo las drogas afectan en la aparición de un trastorno mental, haremos un repaso por la tipología existente y los efectos que producen en el ser humano para entender mejor el alcance que llega a tener en nuestro organismo su consumo y los riesgos que suponen cada una según su naturaleza. En este capítulo intentaremos plasmar también qué sustancias son propias de cada cuadro psiquiátrico, es decir, qué tipo de droga deriva en qué enfermedad.

Las drogas producen efectos muy diversos que se traducen en enfermedades y problemas somáticos, desde dependencia psicológica y física, neuropatías, enfermedades infecciosas, enfermedades del aparato respiratorio o cardiologías hasta enfermedades mentales, junto con problemáticas de tipo social.

En “Trastornos mentales relacionados con el alcohol y otras drogas” el psiquiatra Pedro Cuadrado Calleja agrupa las drogas de abuso según sus características farmacológicas y los efectos que generan: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina (PCP, polvo de ángel, ketamina y TCP), inhalantes, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Conforme a sus características, cada sustancia tiene un efecto en el organismo del individuo por lo que intentaremos explicar a continuación qué consecuencias provocan cada una de las principales drogas.

1. LOS OPIÁCEOS

A este grupo pertenecen la heroína, la metadona, la codeína, la morfina, el opio o los tranquilizantes. Sus efectos están relacionados con el alivio del dolor somático. También está demostrada su capacidad para crear alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, delirium, trastornos del estado de ánimo depresivos, trastornos de atención y memoria, disfunción sexual y pérdida del deseo sexual. En casos extremos por sobredosis, puede provocar el coma, depresión respiratoria o incluso la muerte. Los opiáceos pueden introducirse en nuestro organismo a través de su ingesta, inhalación o inyección. En la revista de toxicomanías RET, se recoge que un corto periodo de administración de heroína o morfina tiene como resultado euforia, sedación y sentimiento de tranquilidad. Una administración frecuente lleva a la tolerancia a la sustancia y a la consecuente dependencia. Los efectos se inician en pocos minutos y su duración varía según el tipo, así la heroína y la meperidina tendrían un posible efecto de hasta cuatro horas, la morfina de cinco horas, la metadona de doce a veinticuatro, el propoxifeno de doce y la pentazocina de dos a tres horas.

2. LOS CANNABINOIDES

Su consumo produce sentimientos de relajación y bienestar. El hachís, la marihuana y todas las demás variantes de este grupo dañan cognitivamente a la persona y perjudican a su capacidad de psicomotricidad. Cuando se fuma, el efecto solo tarda en aparecer unos minutos, por ingesta puede aparecer en horas. Se puede apreciar como en la intoxicación hay una serie de momentos que van desde una sensación de bienestar, pasando por una sedación hasta el deterioro de la memoria inmediata, dificultad para pensar coherentemente, percepción distorsionada a través de los sentidos y deterioro en la capacidad motora. Una vez pasadas dos horas desde su consumo, puede surgir apetito, sequedad de la boca y taquicardias. Los efectos de esta droga reaparecen en algunos casos doce o veinticuatro horas después ya que se liberan lentamente en los tejidos grasos. Aunque precisamente el consumo del cannabis es socialmente percibido como poco peligroso, está demostrado que hasta en dosis bajas, produce y reagudiza trastornos por angustia y psicosis en personas que presentan predisposición o que tienen trastornos previos. Si la intoxicación es alta,

desencadena cuadros de delirium con alteraciones de la conciencia y alucinaciones sensoriales. Por sobredosis, son posibles los ataques de pánico y los de psicosis.

Ante un consumo cronificado podemos ver individuos que presentan desinterés, apatía, indiferencia afectiva (síndrome amotivacional) y disminución de la agresividad aunque en casos determinados se vuelvan irritables.

Junto con esta sintomatología, pueden darse problemas somáticos en la respiración, cardiovasculares, cáncer o insuficiencia cardíaca. En el caso de los varones una disminución en la producción de testosterona e inhibición en la función de reproducción. En mujeres, pueden verse deficiencias en el sistema inmunitario, alteraciones hormonales y problemas en la gestación así como el retraso en el crecimiento del feto.

3. EL ALCOHOL

Debido a la supresión de nuestros sistemas de inhibición, cuando se ingiere alcohol, la sensación que tenemos es de estimulación, sin embargo, según ascienden los niveles de plasma de etanol comienzan a aparecer síntomas como sedación, falta de coordinación y daño en las habilidades psicomotrices. Si la intoxicación es aguda, tendrá los siguientes efectos en el individuo: primero un síndrome confusional, después un síndrome cerebeloso y finalmente un estado comatoso.

En aquellas personas que no tienen problemas de alcoholismo, concentraciones de 25 mg/dl producen efectos de euforia, sociabilidad, locuacidad, falta de concentración y atención, descoordinación y en caso de que los niveles lleguen a 100 mg/dl se produce disfunción vestibular (problemas en el equilibrio), diplopía o visión doble, disartria o mala articulación de las palabras, hipotensión e hipotermia. Cuando se superan los 250 mg/dl aparece estupor, habla incoherente, vómitos y complicaciones respiratorias. En el caso de unos niveles de 400 mg/dl el individuo entraría en coma profundo y con 500 mg/dl provocaría la muerte.

Cuando nos encontramos ante un consumo crónico del que se desprende una dependencia, se dan casos depresivos, ansiedad, alucinaciones, disfunción sexual,

trastornos del sueño, delirium con alteración de la conciencia y cuadros que pueden constituir demencias.

4. LAS ANFETAMINAS

Sustancias del tipo de las anfetaminas generan un aumento de la presión sanguínea, de ahí sus efectos en el organismo tales como bienestar, empatía, euforia, gran concentración, disminuye la fatiga o el agotamiento físico, incrementa la capacidad motora, disminuye el apetito y la necesidad de sueño, produce una tendencia al contacto social, conduce a una falta de juicio, facilita la irratibilidad, las conductas violentas, la hiperactividad, conductas estereotipadas y confusión. El uso de anfetaminas deriva también en algunos casos en delirios de persecución, alucinaciones auditivas, visuales e incluso táctiles, excitación psicomotriz y angustia propia de un cuadro psicótico. En un consumo prolongado causa actitud irritable, agresividad, ansiedad, trastorno en el estado de ánimo y en el sueño, disfunción sexual, estrés afectivo, introversión social, problemas en la actividad laboral y psicosis paranoide. Por una intoxicación aguda cabe el riesgo de sufrir una hemorragia cerebral, hipertemia y ataque al corazón, pánico, psicosis, y síndrome de la serotonina, un exceso de actividad de las células nerviosas que puede llegar a ser letal y que provoca un estado mental alterado.

5. LA COCAÍNA

Esta droga tiene unos efectos rápidos y potentes en el sistema nervioso central que incluyen: euforia, grandiosidad, labilidad emocional (alteraciones a la hora de manifestar emociones), comunicación verbal en exceso, aumento del deseo sexual, de la confianza, insomnio e hipomanía (trastorno psiquiátrico que se manifiesta con irratibilidad o hiperactividad). En todo caso, estos efectos vienen seguidos de un efecto rebote, que se resume en cansancio, apatía, conductas impulsivas y agresividad. En altas dosis puede producir alucinaciones sensoriales, ideación paranoide, cólera y comportamientos agresivos. El uso crónico de esta sustancia llega a generar insomnio, depresión, impotencia, agotamiento, favorece a la aparición o

reagudización de trastornos del ánimo, manía, ansiedad, trastornos del sueño y deterioro mental que puede resultar en demencia.

6. LOS ALUCINÓGENOS

Los efectos de su uso pueden verse a los cuarenta minutos y perdurar hasta las seis horas. Entre los efectos psíquicos que produce podemos destacar la pérdida de la imagen corporal, la despersonalización, distorsión de la percepción, ver objetos fijos en movimiento que pueden cambiar de figura y color. También se dan cambios de humor brusco, de la euforia a la angustia y el miedo, que provocan estados de verdadera ansiedad y trastornos de ánimo en el individuo. En situaciones donde las dosis consumidas han sido altas, los efectos llegan a durar dos días, y se caracterizan por una confusión mental muy grande, conductas violentas, alucinaciones severas, alteraciones de la conciencia e incluso riesgo de suicidio. Con su consumo repetido o con solo una dosis es posible también la aparición de trastornos persistentes en los que la persona (generalmente cuando esta presenta predisposición a trastornos psiquiátricos previos) sufra de continuo alucinaciones y cuadros psicóticos.

7. LA CAFEÍNA O XANTINAS

Aunque es frecuente en las clasificaciones, solo un uso muy abusivo de sustancias con cafeína puede dar lugar a problemas somáticos o psíquicos. Al ser estimulante, produce en el individuo bienestar, mejora el rendimiento intelectual y las relaciones interpersonales. En dosis de 100 mg al día provoca ansiedad, inquietud, excitación, problemas para conciliar el sueño y nerviosismo.

8. LA FENCICLIDINA

Más bien conocida como PCP, polvo de ángel o cristal, es un anestésico que tiene efectos estimulantes, depresores, crea alucinaciones y actúa como analgésico. Los síntomas más característicos son euforia, movimientos involuntarios, somnolencia, mirada fija, alteración en la percepción de nuestro cuerpo, conciencia de que se separan el cuerpo y la mente, delirium con confusión, alucinaciones auditivas, táctiles o visuales, manía, esquizofrenia, depresión y ansiedad. En un consumo crónico los

efectos son muy graves, desde alteraciones en la memoria, el pensamiento y el lenguaje, disminución de reflejos, atención y concentración hasta letargia. En altas dosis puede derivar en catalepsia, convulsiones y coma.

9. LOS INHALANTES

A este grupo pertenecen todos los productos que en su composición contengan sustancias volátiles que puedan ser inhaladas. Es curioso que el uso de esta droga sea tan temprano en el individuo, entre nueve y doce años teniendo su punto álgido a los doce. El cuadro es similar al del alcohol: euforia, dolor de cabeza, mareo, descoordinación motora y retraso, alteraciones en el lenguaje, temblores, letargia, visión borrosa o doble, y transcurridas unas horas pueden darse alucinaciones, cambios de conducta y agresividad. El consumo cronificado de inhalantes produce pérdida de memoria, dificultades para la concentración, ideas paranoides e incluso demencia. En caso de sobredosis causa coma y muerte por parada respiratoria.

10. LA NICOTINA

El trastorno por nicotina solo aparece cuando su consumo se ve interrumpido, es decir, con la abstinencia. Sus efectos son un estado de ánimo depresivo, insomnio, actitud de irritabilidad, ansiedad, dificultades para concentrarse, inquietud... Por lo general en las personas fumadoras son más frecuentes los problemas somatológicos (bronquitis, dolor torácico, mala tensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y diversos cánceres) que los que afectan a la salud mental.

11. LOS SEDANTES, LOS HIPNÓTICOS Y LOS ANSIOLÍTICOS

Estos medicamentos son prescritos para personas con ansiedad, insomnio o trastornos somáticos varios. Su mal uso se da cuando las dosis dejan de ser las pautadas y se prolonga el tiempo de consumo. Estas drogas también son utilizadas por policonsumidores como sustituyentes de otras cuyo acceso es más difícil. La intoxicación con estas sustancias hace disminuir la actividad mental, deteriora la memoria, produce trastornos emocionales, irritabilidad, agresividad e impulsividad. En

un uso crónico genera somnolencia, trastornos sexuales, trastornos amnésicos, psicosis, depresión, riesgo de suicidio y demencia.

CAPÍTULO III: TRASTORNO MENTAL EN PATOLOGÍA DUAL

Al igual que en los capítulos anteriores, empezaremos por definir a qué llamamos trastorno mental para delimitar el contexto en el que nos vamos a mover, pero es curioso ver la dificultad que se plantea para ello por ser “trastorno mental” un concepto amplio y abstracto si no hablamos de ninguno en concreto, incluso el DSM-IV y V (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) explica que no hay una definición que se ajuste perfectamente para este término porque sería imposible englobar todas las posibilidades. La consideración que el manual da de trastorno mental es “la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica”. A partir del DSM vamos a desarrollar prácticamente todo este bloque dedicado a la salud mental, empezando por la clasificación que se hace de trastornos mentales según los ejes, pero hay que decir que durante el análisis se nos presentó una dificultad y es que la teoría en materia de psiquiatría y por tanto en Patología Dual, hace referencia al manual del 2002, el DSM-IV, por lo tanto la conceptualización de los trastornos y de los ejes, se hace actualmente desde esa base. La dificultad surgió a raíz de la publicación del DSM-V en el año 2013, que establece grandes modificación en los ejes y en los grupos de trastornos, con lo cual intentaremos adaptar los dos manuales para que se entiendan los contenidos de la mejor manera posible.

Por tanto debemos explicar que los trastornos contenidos en el Eje I y Eje II del DSM-IV pasan a estar dentro de un eje solamente en el DSM-V, y que cambian su denominación, junto con el aumento de los grupos, pasando de 17 a 22.

Gráfico 3:

DSM-IV (2002)	DSM-V (2013)
EJE I Y EJE II	EJE I
Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia	Trastornos del Neurodesarrollo
	Trastorno de la Eliminación
Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y otros Trastornos Cognoscitivos	Trastornos Neurocognitivos
Trastornos Mentales debido a una Enfermedad Médica	
Trastornos relacionados con Sustancias y otras Adicciones	Trastornos relacionados con Sustancias y otras Adicciones
Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos	Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos
Trastornos del Estado de Ánimo	Trastornos Depresivos
	Trastornos Bipolares
Trastornos de Ansiedad	Trastornos de Ansiedad
Trastornos Somatomorfos	Trastornos por Síntomas Somáticos y Trastornos asociados
Trastornos Facticios	
Trastornos Disociativos	Trastornos Disociativos
Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual	Disfunciones Sexuales
	Disforia del Género
	Trastornos Parafílicos
Trastornos de la Conducta Alimentaria	Trastornos de la Alimentación
Trastornos del Sueño	Trastornos del Sueño-Vigilia
Trastornos del Control de los Impulsos no clasificados en otros apartados	Trastornos Disruptivos, del Control de Impulsos y de la Conducta
Trastornos Adaptativos	
	Trastornos relacionados con el Trauma y Estresores
	Trastornos del Movimiento Inducidos por la Medicación
Trastornos de la Personalidad (Eje II)	Trastornos de la Personalidad
	Trastorno Obsesivo Compulsivo
Retraso Mental (Eje II)	*
	Otros Trastornos Mentales
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Fuente: Elaboración Propia.

*En el nuevo manual DSM-V se modifica el término Retraso Mental contenido en anteriores manuales por el de Discapacidad Intelectual, mucho más apropiado, y además no se recoge como grupo o categoría del Eje II de la clasificación sino que pasa a pertenecer a Trastornos del Neurodesarrollo, Eje I.

No todos los trastornos que acabamos de exponer tiene relación con el tema que nos ocupa, pero nos parecía incorrecto omitirlos de la clasificación. Por supuesto no serán introducidos en el análisis del capítulo por su falta de conexión con el trastorno por uso de sustancias y por ende con la Patología Dual.

Por el mismo motivo, queda fuera del estudio el Retraso Mental ahora Discapacidad Intelectual por no guardar ningún tipo de relación con la Patología Dual además de ser una interacción factorial. Pero sí incluiremos el trastorno por déficit de atención dentro de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia o Trastornos del Neurodesarrollo por ser este, factor altamente influyente en un posible consumo.

Dada la retroalimentación entre los trastornos mentales y los trastornos por uso de sustancias, y a que es muy complejo concluir cual es el trastorno primario de los dos, a continuación, resumiremos aquellos trastornos en materia de salud mental más generalizados en relación con las drogas. Aunque está demostrado que por su naturaleza las patologías del Eje II (ahora Eje I) no son ni podrían ser inducidas por el consumo de sustancias, sí están incluidas en la Patología Dual, ya que los tóxicos son utilizados por muchos enfermos cuyos trastornos pertenecen a este eje como método de respuesta a los síntomas, por lo que se realizará una breve descripción de los trastornos más habituales en individuos con Patología Dual e incluiremos ambos ejes.

1. TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA O TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Dentro de estos trastornos destacaremos únicamente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, cuya característica esencial es un patrón basado en la desatención y/o hiperactividad-impulsividad persistente y grave que afecta en muchos planos como el académico, el laboral, el social y el doméstico.

Los individuos con este trastorno presentan problemas para prestar atención suficiente a los detalles y cometen errores por esta falta de atención en las tareas escolares o en el trabajo, también les es complicado concentrarse y por ello suelen no finalizar las tareas que realizan y se observa cierta resistencia a seguir instrucciones u órdenes.

2. DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS O TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

La característica principal de los trastornos pertenecientes al delirium es la alteración de la conciencia junto con un cambio en las funciones cognoscitivas. Se desarrolla en unas horas o días incluso y se expresa a lo largo del día, con síntomas como un descenso en la capacidad de atención y en las actividades psicomotoras.

La demencia sería el desarrollo de diversos déficits de tipo cognoscitivo, que también afectan a la memoria y que pueden incluir alteraciones como: apraxia (incapacidad de llevar a cabo tareas o movimientos ya aprendidos), afasia (trastorno que afecta al lenguaje), agnosia (incapacidad para reconocer estímulos) o la alteración de la capacidad de ejecución. La demencia conlleva dificultades a la hora de realizar las actividades laborales y sociales significando una alteración muy significativa en la vida del individuo. La demencia persistente se relaciona con sustancias como el alcohol, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos o los inhalantes.

Los trastornos amnésicos se caracterizan por la alteración de la memoria debida a la acción de las sustancias en el organismo. En su caso los cambios en la memoria son persistentes una vez cesa el efecto de la intoxicación o la abstinencia. Cuando se da este trastorno, la persona que lo padece tiene dificultades para aprender conocimientos nuevos y para recordar los ya aprendidos con anterioridad. Al igual que la demencia, las consecuencias del trastorno amnésico son muy perjudiciales para la vida laboral y social. Las sustancias que lo inducen son el alcohol, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos.

3. ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS PSICÓTICOS O ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los trastornos de este tipo tienen como punto en común los síntomas psicóticos, estos se caracterizan por ideas delirantes y alucinaciones. La esquizofrenia presenta síntomas disfuncionales cognoscitivos y emocionales que incluyen la percepción, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, el pensamiento inferencial, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento, el habla, la capacidad hedónica (acostumbrarse o adaptarse a las situaciones), la voluntad, la atención y la motivación.

Los trastornos psicóticos inducidos por uso de sustancias se caracterizan por alucinaciones o ideas delirantes, y en su caso solo se dan durante la intoxicación o la abstinencia, por otro lado cuando el trastorno es primario, este puede ir seguido del consecuente consumo de tóxicos como modo de alivio de sus síntomas. Referente a la intoxicación, las drogas que afectan son alcohol, anfetaminas, alucinógenos, cocaína, cannabis, opiáceos, fenciclidina, inhalantes, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

4. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO O TRASTORNOS DEPRESIVOS Y TRASTORNOS BIPOLARES

Todos estos trastornos coinciden en una alteración del humor, y se dividen en: trastornos depresivos, trastornos bipolares y trastornos del estado de ánimo según si son en relación con una enfermedad médica o bien trastornos inducidos por el uso de sustancias. La diferencia entre los dos primeros es que en los depresivos no hay síntomas previos de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco, y en los bipolares sí hay una historia previa de estos episodios. En los trastornos del estado de ánimo por uso de sustancias la característica fundamental es una notable y persistente alteración del estado de ánimo. Según la sustancia y el contexto, esta modificación del humor puede derivar en un estado depresivo o un estado elevado. Las sustancias por intoxicación son las siguientes: alucinógenos, anfetaminas, alcohol, cocaína, fenciclidina, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

5. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En este tipo se dan los siguientes trastornos: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias. La intoxicación por la que puede aparecer un trastorno de ansiedad se debería a: alcohol, anfetamina, alucinógenos, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina o inhalantes.

6. TRASTORNOS DEL SUEÑO O TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA

Según su origen los trastornos del sueño se agrupan en cuatro apartados. El trastorno inducido por tóxicos produce alteraciones en el sueño tanto por el consumo como por el abandono de las sustancias y siempre durante el consumo, estas drogas son: anfetamina, cocaína, opiáceo, cafeína, alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

7. TRASTORNOS SEXUALES O DISFUNCIONES SEXUALES, DISFORIA DE GÉNERO Y TRASTORNOS PARAFÍLICOS

En estos trastornos encontramos las disfunciones sexuales, las parafilias, los trastornos de la identidad sexual y el trastorno sexual no especificado, aunque por ser la más relacionada con los trastornos por uso de sustancias las disfunciones sexuales, nos limitaremos a explicar este trastorno y omitiremos detalles del resto. Por tanto, las disfunciones sexuales tienen como característica la alteración del deseo sexual, comprenden los trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación sexual, trastornos del orgasmo, trastornos sexuales por dolor, disfunción sexual debida a una enfermedad médica y disfunción sexual inducida por sustancias.

Cuando se trata de un trastorno inducido, la alteración que se genera produce malestar o dificultades en las relaciones interpersonales. Además en función de la sustancia, esta altera o bien el deseo y la excitación sexuales, el orgasmo, o bien produce dolor. El trastorno se relaciona con las siguientes drogas: alcohol, anfetamina,

cocaína, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y tanto la intoxicación aguda como el abuso crónico, disminuyen el interés sexual y altera la excitación.

8. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

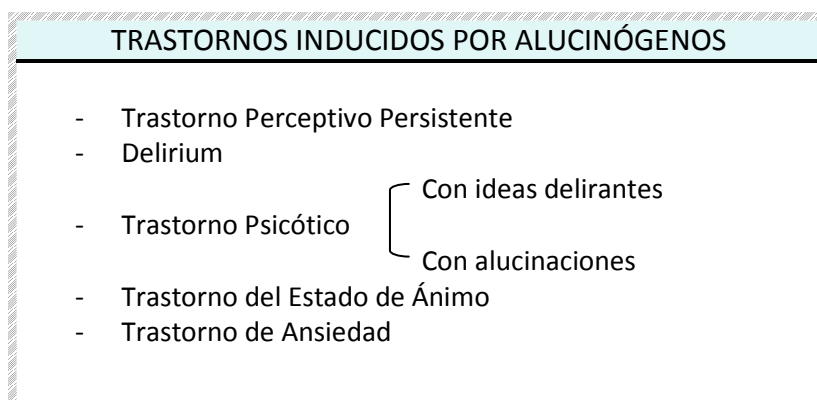
El trastorno de la personalidad tal y como se define en el DSM-IV, es “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento” fuera de lo esperado o propio, dentro de la cultura del sujeto, que se inicia en la adolescencia o al principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y conlleva una situación perjudicial para el individuo. Los tipos de trastorno de la personalidad más comunes entre la población general son:

El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, se trata de personas que no siguen las reglas sociales y muestran una falta de consideración por los sentimientos ajenos y el trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos (problemas para regular emociones y pensamientos), y de una notable impulsividad.

9. RELACIÓN DE LAS SUSTANCIAS QUE INDUCEN TRASTORNOS MENTALES Y TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR LAS SUSTANCIAS

- ❖ En cada trastorno inducido por cada sustancia obviamos la intoxicación, abstinencia y trastornos no especificados en relación con cada tipo de sustancia. Aclaramos que aquí el término intoxicación hace referencia al uso inadecuado, abuso y dependencia y que no alude a un episodio esporádico ya que de darse el caso no se aceptaría dentro de la Patología Dual. Y que la denominación de los trastornos se ha hecho en base al DSM-IV por ser la más utilizada en Patología Dual y en la Psiquiatría en general.

Gráficos 4-14:



TRASTORNOS INDUCIDOS POR ANFETAMINAS

- Delirium
- Trastorno Psicótico
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno del Estado de Ánimo
- Trastorno de Ansiedad
- Trastorno Sexual
- Trastorno del Sueño

TRASTORNOS INDUCIDOS POR CAFEÍNA

- Trastorno de Ansiedad
- Trastorno del Sueño

TRASTORNOS INDUCIDOS POR CANNABIS

- Delirium
- Trastorno Psicótico
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno de Ansiedad

TRASTORNOS INDUCIDOS POR COCAÍNA

- Delirium
- Trastorno Psicótico
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno del Estado de Ánimo
- Trastorno de Ansiedad
- Trastorno Sexual
- Trastorno del Sueño

TRASTORNOS INDUCIDOS POR FENCICLIDINA

- Delirium
-
- Trastorno Psicótico
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno del Estado de Ánimo
- Trastorno de Ansiedad

TRASTORNOS INDUCIDOS POR INHALANTES

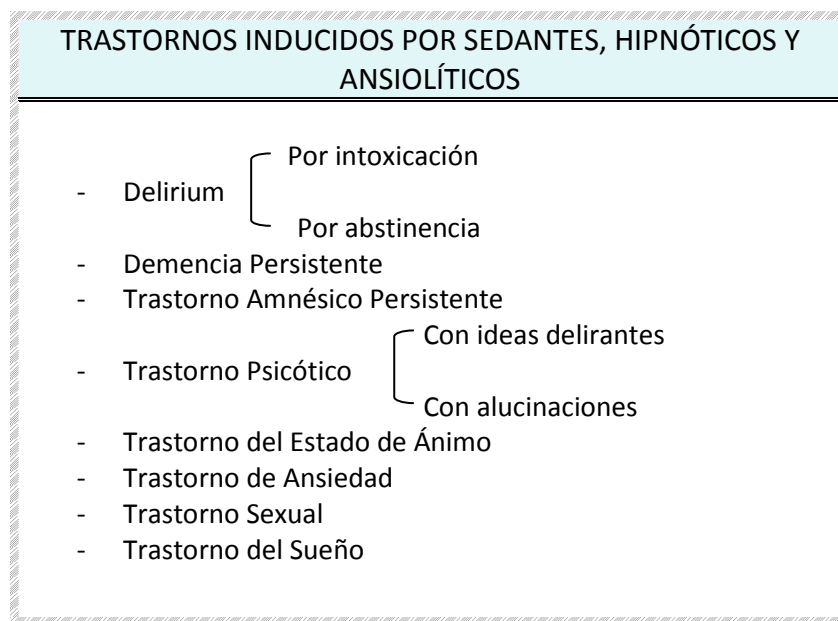
- Delirium
-
- Trastorno Psicótico
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno del Estado de Ánimo
- Trastorno de Ansiedad

TRASTORNOS INDUCIDOS POR NICOTINA

- Abstinencia

TRASTORNOS INDUCIDOS POR OPIÁCEOS

- Delirium
-
- Trastorno Psicótico
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno del Estado de Ánimo
- Trastorno Sexual
- Trastorno del Sueño



Fuente: Elaboración Propia.

CAPÍTULO IV: TRABAJO SOCIAL EN PATOLOGÍA DUAL

Aunque la Patología Dual es un cuadro clínico muy extendido que afecta a demasiadas personas, en nuestro país es algo más o menos novedoso que precisa de investigación y desarrollo. Aunque desde el inicio del tratamiento de este trastorno dual han participado en la intervención profesionales del Trabajo Social, la falta de desarrollo mencionada y la falta de teoría en nuestra disciplina respecto a este asunto, explican que no exista al menos en España ningún documento escrito sobre el papel que desempeña un trabajador social en esta patología.

Una vez establecida la doctrina anterior y contrastada con la metodología de intervención social y la práctica profesional, se extraen las siguientes competencias, más específicas del Trabajo Social en la Patología Dual.

El inicio de la intervención con pacientes con Patología Dual tiene lugar en España hace dos décadas solamente. En este momento no existe en nuestro país ningún centro, ni ningún tipo de recurso específico en Patología Dual, por supuesto había red de asistencia de salud mental y red de drogodependencias, pero no un servicio que integrara las dos. Los profesionales que comienzan su intervención en este campo

tienen que formarse en ambas áreas (salud mental y drogodependencia), la adquisición de conocimientos por parte del equipo multidisciplinar es básico y requisito imprescindible para poder intervenir. Cada profesional ha de conocer los aspectos más fundamentales de cada rama.

La articulación de los recursos en Patología Dual hay que entenderlos dentro del marco institucional en el que se encuentran, es decir, en cada Comunidad Autónoma la atención a la Patología Dual se establece, o bien desde la red de asistencia a drogodependientes o bien desde la red de salud mental. El perfil institucional a la hora de derivar a los pacientes a cada recurso cobra gran relevancia en el proceso y en el tratamiento.

En la mayoría de casos las demandas en los servicios de asistencia las realizan los familiares de estas personas. Generalmente, según la experiencia de los centros, es la madre quien acude en busca de ayuda, y se aprecia el desvinculamiento de la figura paterna y de los hermanos respecto al enfermo. El hecho de que el paciente no solicite él mismo la ayuda como podría verse en otros ámbitos, es debido a la no conciencia que tiene la persona sobre su propia enfermedad mental y a la negativa de ayuda en el caso de la drogodependencia por no querer curarse.

El primer contacto suele ser con la familia. Llevan años sufriendo muchas experiencias de fracaso y se encuentran en un estado de desánimo total. Por lo general suelen haber agotado todas las posibilidades en la red de salud y drogodependencias y solicitan ayuda en centros específicos donde el tratamiento es integral. Para conocer su caso, es necesario recabar toda la información de utilidad, el historial de ingresos, la trayectoria hospitalaria, el historial clínico psiquiátrico... A menudo hay muchos problemas con el diagnóstico de la Patología Dual por la confusión de los síntomas, por ello es indispensable la realización de una nueva valoración del paciente. La entrevista a la familia es competencia del trabajador social. Una vez se ha valorado la situación ante la que se encuentran él y el resto del equipo multidisciplinar, se expondrán en una segunda cita con la familia, cuales son los recursos que se plantea ofrecer: derivación, centro de desintoxicación, comunidad terapéutica etc.

En Patología Dual los pacientes sí que cuentan con el apoyo familiar por estar presente la enfermedad mental, es decir, las familias tienen una percepción más positiva de la enfermedad mental que de la drogodependencia porque esta no se considera enfermedad, se considera un vicio. En este caso, el paciente sufre más “machaque” por parte de la familia por ser un comportamiento reiterativo y ligado además a un entorno de robos, amenazas o procesos judiciales. Las drogas no son vistas como el problema que realmente son. A veces cuando se dan las dos patologías la familia suele poner por delante la enfermedad mental como forma de justificación del consumo o simplemente como alivio para ellos mismos.

El trabajo con los pacientes es claramente el más difícil porque no quieren tratarse. Por esto, la información sobre el tratamiento o el plan de intervención siempre se da a las familias, aunque sin olvidar que es el paciente quien va a realizar todo el itinerario rehabilitador y que es él el protagonista de su cambio.

La mayoría de personas con Patología Dual tienen un diagnóstico psiquiátrico, pero también la mayoría están mal diagnosticadas, por lo que una vez en el recurso específico se les reevalúa. Con la información clínica dada por las familias, por el contacto que tiene lugar con el médico del paciente y después de ver al propio paciente, si se considera que el diagnóstico no es el acertado, se hace de nuevo una valoración. Muchas veces el problema del diagnóstico es a causa de la falta de información, la información falseada o a medias. En muchos casos la persona acude a salud mental y no explica al profesional que está consumiendo, o al revés, una persona consumidora acude al centro de drogodependencias y el que le atiende determina que el episodio psicótico es a causa del consumo, cuando en realidad se trata de una enfermedad mental.

Para hacer una buena valoración diagnóstica lo primero y esencial es que la persona este abstinente durante un tiempo. Para ello se les deriva a la unidad de desintoxicación de hospitales generales y luego se les vincula a un recurso o bien de drogas o bien de desintoxicación porque no hay de Patología Dual. La labor de discriminar a qué recurso derivar a un paciente es lo más complicado para el trabajador social, y ahí reside el peso de la intervención y su pronóstico. El perfil de

cada persona es lo que hay que estudiar a la hora de derivar a un recurso, la influencia del ambiente o del entorno también son concluyentes. Esta es una de las tareas principales de un trabajador social en Patología Dual, ver qué perfil psicopatológico pondera más, cual tiene más peso dentro de la dualidad y en función de eso enviarle a Se hace hincapié en la importancia del ajuste diagnóstico. Partiendo de este, la adecuación de los recursos será buena o mala, y repercutirá en el tratamiento psicofarmacológico, en el itinerario planteado... logrando o no buenos resultados.

En todos los campos pero sobretudo en Patología Dual y por el tipo de población con el que se trabaja hay que tener conocimientos de psicofarmacología, psicopatologías, actividades socioadaptativas, terapia ocupacional, y no solo el trabajador social sino todos los profesionales. No se puede decidir sobre un área si se desconocen las demás, y no se puede decidir un paso en la intervención si no hay una visión global. El trabajador social tiene que ser capaz de derivar en función del momento del proceso en el que se encuentre el paciente.

El itinerario rehabilitador empezaría desde la propia desintoxicación o la estabilización psiquiátrica para poder hacer el diagnóstico, ambas en régimen residencial porque es la única manera de comprobar si de verdad no consumen. El siguiente paso serían las comunidades terapéuticas, miniresidencias y pisos de reinserción para más tarde si el proceso es positivo, entrar en pisos de supervisión o pisos de autogestión donde viven solos aunque contando con apoyos externos.

El trabajador social hace el itinerario en coordinación con todo el equipo para ver cómo está llevando la persona con Patología Dual el proceso en ese recurso, y antes del alta, se empiezan a buscar otros para que no pase a situación de calle o a la casa familiar y se produzca una recaída.

Como en todos los ámbitos el trabajador social se encarga también de temas relacionados con ayudas de todo tipo: certificados de minusvalía, apoyos económicos, recursos sociales, derivación de recursos, dinámicas con familias, intervención con familias...

En Patología Dual el trabajo que se hace con la persona es individualizado, adaptando la intervención a las peculiaridades del paciente, al igual que en Trabajo Social. Trabajamos con personas.

El contacto con la familia es más activo y frecuente en los momentos del alta ya que vuelven al domicilio y es una etapa delicada, de forma que se hacen unas pautas que tendrán que aceptar ambas partes para no caer en los mismos problemas que pudieron darse en el pasado. También se lleva a cabo un seguimiento tanto con la familia como con el paciente.

Respecto a la dualidad de la patología, las áreas no pueden atajarse por separado, la intervención no puede ser dividida, porque tiene unas peculiaridades. Incluso se habla de patología dual porque muchos enfermos tienen también enfermedades orgánicas: VIH, epoc, hepatitis, cirrosis. No se trata de un trabajo con una persona adicta o con una con enfermedad mental, sino que tienen un perfil completamente diferente.

En referencia al paciente lo más difícil es que en cuestión de enfermedad mental no tienen conciencia de tenerla y en drogodependencia el problema es la cronicidad. Una de las barreras más importantes en Patología Dual es el trastorno relacionado con las drogas. No se puede hablar de exdrogodependientes, sino de drogodependientes rehabilitados. Es una enfermedad de por vida, crónica, y los altibajos que sufren son muy duros para el paciente. Esta enfermedad no se puede controlar con medicamentos como puede controlarse un trastorno mental.

La falta o escasez de recursos es otra de las barreras a destacar. Hay muy pocos recursos, muchas listas de espera... Los itinerarios de rehabilitación no pueden cumplirse en muchas ocasiones porque el recurso al que derivas al paciente no está disponible en el momento en el que se precisa. Muchas personas, después de haber estado en la unidad de desintoxicación, no pueden disponer del recurso siguiente porque este no está disponible. Esta falta de continuidad en el proceso, hace que estos enfermos sientan que todos sus esfuerzos no han servido. La desintoxicación ha sido muy dura y se ven obligados a volver a casa, generándose sentimientos de derrota, sensación de fracaso, desánimo y falta de motivación para volver a iniciar el proceso de rehabilitación, además de que este, será más costoso en futuras ocasiones.

Podemos llegar a la conclusión de que “Patología Dual” no es la suma de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias, sino la multiplicación de todos estos problemas, y que en la intervención con estos pacientes el papel del trabajador social es imprescindible porque comprende todas aquellas acciones destinadas a reparar la dimensiones socio-familiar, personal y laboral con el fin de lograr de nuevo la integración del paciente en la sociedad.

Para terminar, una referencia curiosa y sin duda es alentadora es que la Patología Dual puede desaparecer a causa de que uno de los trastornos que concurren desaparezca. Hay patologías duales que pueden desaparecer porque las variables del entorno cambien simplemente. El factor ambiental como vemos es crucial también en la problemática dual.

CONCLUSIONES

Queda mucho por hacer en Patología Dual y más en España. El centro específico más antiguo en nuestro país apenas tiene quince años y sin embargo este no es un problema nuevo, aunque sí desconocido. La Patología Dual es un tema de salud pública y por tanto debería ser objeto de gran atención por las administraciones públicas y por la población general, entre otras cosas porque su prevalencia crece y la complejidad de la patología y su pronóstico son altamente complejos. La asistencia o la ayuda que precisan las personas con Patología Dual ha de ser específica y no puede desdoblarse y atenderse cada trastorno en una red diferente, por profesionales diferentes y con tratamientos paralelos.

Dejando a un lado controversias sobre su conceptualización, sobre qué ejes forman o no parte de la Patología Dual y otros aspectos y que esto pueda ser motivo de influencia que explique la falta de recursos, centros y demás dispositivos, lo que es un hecho es que hay demasiadas personas y familias sufriendo una patología de las más graves y que no deberían importar tanto cuestiones como estas y sí el ofrecer una atención adaptada y responder a las necesidades tan específicas que manifiestan estas personas. Es muy lamentable que a día de hoy sigan sin crearse/desarrollarse redes enfocadas a la Patología Dual y que tengan que ser los propios pacientes los que tengan que amoldarse a los recursos que se ofrecen desde las administraciones públicas. No es de extrañar que la rehabilitación de estos pacientes sea tan costosa si a ello sumamos los obstáculos que se encuentran en el nivel asistencial.

Después de lo leído conforme a los tipos de tratamiento, también pienso que la única manera de abordaje que cabe es el tratamiento integral. Que concurren en una persona dos trastornos de campos diferentes no es razón para que el proceso de tratamiento se haga en centros también diferentes y por lo tanto por profesionales diferentes. Se trata de una sola persona. El matiz que aporta la gerente y trabajadora social M.P. de no ver la Patología Dual como la suma de dos problemas sino como la multiplicación, creo que es de lo más acertado, porque no podemos aislar ni entender una drogodependencia como un consumo de sustancias o una enfermedad mental como un comportamiento anómalo cuando detrás de esto hay mucho más. Está la vida

de una persona con todas sus dimensiones afectadas por este problema, y no podemos obviar esto. La labor de todos los profesionales tiene que ser conjunta y obliga a un trabajo psicosocial muy importante, porque la rehabilitación, la inserción y el bienestar en general de las personas con Patología Dual y sus familias es responsabilidad nuestra.

Es importante concienciarnos todos de que ambos trastornos son precisamente eso, y que la drogodependencia no es un vicio o un comportamiento desviado, sino una enfermedad, y que en muchos casos como hemos visto aparece como respuesta, como vía de escape a síntomas de la enfermedad mental, por no estar diagnosticada esta o por un mal tratamiento psicofarmacológico.

Ha hecho falta este trabajo para que yo misma me haya enterado de que es Patología Dual, dos palabras que no había escuchado a lo largo de la carrera, ni a través de los medios ni en mi vida diaria en general. Cuando me han preguntado sobre el tema del que iba a tratar mi trabajo de fin de grado, he tenido que explicar siempre en qué consistía esta patología, lo que pone de manifiesto el gran desconocimiento que tenemos todos sobre el tema.

La Patología Dual es uno de los campos de intervención de los trabajadores sociales, y su papel es tan necesario como el del resto de profesionales que forman los Equipos Multidisciplinares, por ello es más que importante conocer la labor que realizan con estos pacientes y sistematizar toda esta práctica. Algo que he podido constatar durante todo el proceso de búsqueda de bibliografía es que no hay nada escrito sobre las competencias de un trabajador social, sobre las funciones, sobre la formación... Quizá la novedad de la Patología Dual sea ventaja por este lado, y podamos empezar a hacer teoría sobre el Trabajo Social y la dualidad, creando proyectos y protocolos de intervención en esta problemática.

ANEXOS

CAPÍTULO V: CENTROS DE PATOLOGÍA DUAL

La mayoría de servicios, centros y recursos de todo tipo que se disponen en nuestro país para tratar a estos pacientes no son específicos, (centros de atención al drogodependiente, centros de salud mental, pisos de estancia no aptos...) pero se utilizan por no existir los adecuados. Tal y como explican desde la Asociación Dual: “no existen recursos ni programas adaptados para el desarrollo de un itinerario que cubra mínimamente las necesidades de los pacientes”.

No existen muchos centros en España hechos especialmente para tratar de manera integral la patología dual. La SEPD afirma que “en la actualidad son desconocidos el número y el tipo de recursos existentes en España y por lo tanto tampoco las necesidades para desarrollar nuevos recursos asistenciales” De hecho durante la recopilación de documentación para este trabajo, ha sido difícil dar con centros dedicados a la Patología Dual. Los que se han encontrado mediante la búsqueda en la red son: la Asociación Dual en Madrid, el C.A.T (Centro de Atención Terapéutica) de Barcelona, la Fundación Instituto Spiral con sedes en diferentes puntos del país, el Centro de Rehabilitación Psicosocial Dual Acorde, en Nueva Montaña (Cantabria), la Unidad de Patología Dual en Isla Pedrosa (Santander), la clínica privada Can Roselló en La Garriga, la Unidad de Patología Dual de Martorell y la Unidad de Patología Dual/ Alcoholismo en Sant Boi de Llobregat estos tres últimos también ubicados en la provincia de Barcelona.

Una vez más, gracias a toda la documentación que facilita en distintas webs la Asociación Dual, hemos podido encontrar el documento “Itinerario Técnico Nacional – 2003 (una iniciativa para el intercambio de experiencias en el tratamiento de drogodependientes con patología dual).” En él se recogen las características de tres de los centros señalados en el párrafo anterior, así como las funciones que desempeñan y el tipo de tratamiento que ofrecen.

1. UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL MARTORELL

Esta unidad está gestionada por las Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental y tiene plazas concertadas de cobertura asistencial pública. Se trata de un centro de alta rotación y corta estancia (unidad de agudos específica para pacientes con Patología Dual) que desarrolla una intervención específica y puntual en el proceso de atención a personas con Patología Dual. Su ámbito de actuación es la Comunidad Autónoma de Cataluña. Sus objetivos son ofrecer un tratamiento específico, que incida especialmente en la realización de un buen diagnóstico y abordaje terapéutico del abuso o dependencia de sustancias. El tiempo de estancia en la unidad es de dos a tres semanas, tras las cuales, el paciente será dado de alta y retornará a los recursos de las redes de salud mental o de drogodependencia.

2. UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL/ALCOHOLISMO SANT BOI DE LLOBREGAT

La gestión del centro es la misma que la de la UPD de Martorell, es decir, a cargo de las Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental y también con plazas concertadas de cobertura asistencial pública.

Es un centro de alta rotación y corta estancia específica para pacientes con trastorno por uso de alcohol y con enfermedad mental grave. La intervención también es específica y puntual, y pone su atención en personas cuyo problema principal es el alcohol. Se ofrece atención especializada a través de programas terapéuticos integrados. La duración del tratamiento es de dos a tres semanas, tras el cual la persona volvería a la red de asistencia pertinente.

3. UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL ISLA PEDROSA

Los organismos encargados de su gestión son la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria y tiene concierto de cobertura asistencial pública. Es un centro de media estancia que abarca desde la fase primera de desintoxicación hasta la final reinserción social del paciente. Como objetivos que se propone, destaca la estabilización del cuadro clínico para la posterior integración social

y el mantenimiento del tratamiento mediante el nivel ambulatorio. El tiempo de residencia de este centro es de seis a nueve meses y como en los anteriores casos, una vez se procede el alta, se retorna a las redes de salud mental o drogodependencia.

4. PISOS DE PATOLOGÍA DUAL (PPD) MADRID

Este recurso lo gestionan: Asociación Dual, Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y también tiene plazas en concierto de cobertura asistencial pública. La dirección la llevan a cabo los profesionales María Padrino (Gerente) y Raúl Izquierdo (Coordinador Técnico).

La intervención específica e integral se realiza en régimen normalizado en residencia, y el tratamiento se coordina junto con recursos del Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID). El objetivo es la estabilización del cuadro y potenciar el proceso de rehabilitación psicosocial que favorezca su integración social. La derivación y el retorno son mediante la red de la Agencia Antidroga. Se deriva a este recurso mediante la red de la Agencia Antidroga, y cuando al paciente se le da de alta, o bien se buscan otros dispositivos nuevos para seguir el tratamiento o se vuelve a los recursos de tratamiento de origen.

Vistas las características más importantes de cada institución, se pueden clasificar tres modelos:

Uno sería el modelo de Cataluña cuyo tratamiento está especializado en trastornos agudos en pacientes con Patología Dual. Su finalidad sería la estabilización de estas personas para que pueda volver al recurso de origen.

Por otro lado el modelo de Cantabria sigue una asistencia integrada que se despliega en las distintas fases del proceso y dentro de una Comunidad Terapéutica, es decir, que se da desde la desintoxicación hasta la estabilización, y también prepara al paciente para la inserción en el medio social.

Por último el modelo existente en Madrid adapta los Centros de Atención Integral a Drogodependientes y crea recursos residenciales que favorezcan un mejor tratamiento de estos paciente. Desde el CAID se realiza un Programa de Atención Psiquiátrica y en los recursos residenciales además de funciones educativas también

rentabilizan su capacidad técnica, consolidándose como centros de tratamiento clínico y psicosocial.

Las diferencias más notables entre estos centros son que en Cataluña la intervención es específica y puntual, con un marcado carácter psiquiátrico. En Madrid aunque específica también, se hace desde un punto de vista clínico y psicosocial aunque en dispositivos diferentes (CAID y pisos). La intervención que llevan a cabo en Cantabria podría considerarse la más completa por aunar lo clínico y lo psicosocial en el mismo recurso.

El planteamiento más efectivo para el tratamiento y que supondría la solución a los problemas que pueden surgir en unos modelos u otros sería la creación de programas específicos, adaptando los recursos que ya existen a las necesidades de las personas con patología dual, en vez de crear una tercera red de asistencia a parte de las de salud mental y drogodependencias. Con un planteamiento tal, se evitarían costes y lo más importante, se ofrecería la atención que reclama esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Dual. Revisión y actualización conceptual/Tratamiento/Estrategias de intervención. Factores de riesgo-protección frente a posibles recaídas. Página Web de la Asociación Dual <http://www.patologiadual.com/>

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. Adicciones, (2013). VOL. 25 NÚM. 1 <http://www.patologiadual.es/docs/2EEM-ARIAS-Dual%20trastorno12-2-131.pdf>

Babín F. (2015). Décimo aniversario de la Sociedad Española de Patología Dual. La Patología Dual en el contexto del Plan Nacional sobre Drogas. Revista de Patología Dual. Vol. 2. Nº1. 1-3. Recuperado de http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2015_1.pdf

Blanco P, Sirvent C, Villa Moral M, Linares M, Rivas C. (2010). Psicopatología y género en adicciones. 11º Comunicación Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/187563943/Psicopatologia-y-Genero-en-Adicciones#scribd>

Camí J, Mcgeary J, Swift R. (2005). Drogadicción. Revista de Toxicomanías RET. Nº 42, 291-303. Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET42_1.pdf

Comisiones Mixtas. (2014). Diario de Sesiones de las Cortes Generales. Para el estudio del problema de las drogas. Nº 103. X Legislatura. Edición electrónica preparada por la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Recuperado de http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CORT/DS/CM/DSCG-10-CM-103.PDF

Cuadrado Calleja P. (2009, actualizado a 2012 en "Actualización S21 2012"). Trastornos y Problemas relacionados con salud mental. 11 Alcoholismo y drogodependencias. Enfermería 21. (2ª ed.) Madrid: DAE 291-303. Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/adicciones/1_-_alcoholismo_y_drogodependencias.pdf

Dilip V. Jeste, Jeffrey A. Lieberman, David Fassler, Roger Peele. (2013). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Garcés E M^a. (2007). La especificidad del Trabajo Social en Salud Mental: ¿un rol reconocido? Trabajo Social y Salud. N^o 56. 309-332

Garcés E M^a. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo Universidad de Zaragoza. Cuadernos de Trabajo Social. N^o 23. 333-352. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A/7489>

García J M, Zaldívar F, Moreno M, Flores P. (2013). Consumo de drogas y enfermedad mental. Relación entre consumo de drogas y predisposición a tener desórdenes del espectro esquizofrénico. Psicotherma. Vol. 25. N^o 4, pp. 433-439. doi: 10.7334/psicothema2013.20

Iáñez M. (2007, abril). Un reto en fase de superación. La Revista de la Salud Mental. Sección Rehabilitación Psicosocial. Salud Mental. Info. N^o 19. Recuperado de <http://www.saludmental.info/portadas/portada-abril07.htm>

Insel T R, Wang P S. (2010). Rethinking mental illness. JAMA. Vol.303. N^o 19 doi:10.1001/jama.2010.555.

Izquierdo R, Cancelo J, Ortigosa L. (2007, noviembre). ¿De qué forma está afectando el consumo de drogas a la incidencia de la enfermedad mental?. Centro de Documentación de Drogodependencias. Observatorio vasco de Drogodependencias. Boletín, N^o 145. 10. Recuperado de <http://www.siiis.net/documentos/cdd/revistan.145.pdf>

Larrañaga J L. (2007). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. Artículo publicado en la revista LiberAddictus. N^o 95, 3-9. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11381/comorbilidad trastornos metnales adicciones.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11381/comorbilidad_trastornos_metnales_adicciones.pdf)

Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, Le Foll B. (2013). Exploring the Association between Lifetime Prevalence of Mental Illness and Transition from Substance Use to Substance Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict (American Journal on Addictions)* Vol. 22 Nº 2. doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.00304.x.

Meana R J. (2010). Drogas y enfermedad mental. *Crítica* Nº 967, 56-59. Recuperado de http://www.revista-critica.com/administrator/components/com_avzrevistas/pdfs/e10e496c59ea74627a68c4cd1a20c66f-967-Adicciones-que-nos-matan.pdf

NIDA. (2011, mayo). La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales. National Institute on Drugs Abuse. Recuperado de www.drugabuse.gov

Padrino M, Izquierdo R. (2003). Itinerario Técnico Nacional Julio 2003. Una iniciativa para el intercambio de experiencias en el tratamiento de drogodependientes con Patología Dual.

Pichot P, López-Ibor J.J, Valdés M. (2002). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª ed.) Barcelona: Masson S.A. Versión Española de la cuarta edición de la obra original en lengua española, publicada por la American Psychiatric Association de Washington.

Rubio F J. (2006). El consumo de drogas como un desencadenante más en el origen de la enfermedad mental. *Nómadas* Nº 13. Publicación electrónica de la Universidad Complutense. Madrid. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101325>

Szerman N, Basurte I, Martínez-Raga J, Roncero C, Vega P, Casas M. (2013). Vulnerabilidad individual a la adicción. ¿Es adicto quien quiere o a quien le toca? ¿Son las drogas adictivas?. *Top en Patología Dual*. Barcelona: EdikaMed S.L 2-4. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/docs/top5-nr3.pdf>

Szerman N. (2014). Editorial de la Revista de Patología Dual. Vol.1. Nº1. 1-2. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/R1A1.pdf>

Szerman N, Vega P, Grau-Lopez L, Barral C, Basurte I, Mesias B, Rodriguez-Cintas L, Martinez-Raga J, Casas M, Roncero C. (2014). Dual Diagnosis Resource needs in Spain: a National survey of Professionals. J Dual Diagn. (Journal of Dual Diagnosis) Vol. 10. Nº2. doi: 10.1080/15504263.2014.906195.

Volkow N. (2007, febrero). Addiction and Co-occurring mental disorders: Director’s perspective. NIDA Notes. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2007/02/addiction-co-occurring-mental-disorders>

Zarco J. (2010, febrero). Enfermedades mentales y sustancias tóxicas. Bipolares Andalucía Oriental. Boletín Nº13 B.A.O , 23. Recuperado de <http://trastornobipolarbao.com/portal/wp-content/uploads/2013/06/BOLET%C3%8DN-BAO-N%C2%BA13.pdf>