

PATOLOGÍA DUAL: RECURSOS ASISTENCIALES EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA

*Dual diagnosis: health care resources
in the autonomous community of
Cantabria*

Alumna: Lucía Gutiérrez Ochoa

Directora: Maite Santurtún Zarrabeitia



TRABAJO FIN DE GRADO - GRADO EN ENFERMERÍA

AÑO 2018

FACULTAD DE ENFERMERÍA

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

"Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo."

INDICE

Resumen	Pág. 4
Introducción	Pág. 5
• Estado actual y justificación del tema	Pág. 5
• Objetivos	Pág. 5
• Metodología	Pág. 6
• Descripción de los capítulos	Pág. 8
CAPÍTULO 1. LA PATOLOGÍA DUAL Y SU SITUACIÓN ACTUAL	Pág. 9
1.1. Definición	Pág. 9
1.2. Perfil del paciente	Pág. 10
1.3. Etiología	Pág. 10
1.4. Epidemiología	Pág. 12
1.4.1. Prevalencia de la patología dual	Pág. 12
1.4.2. Prevalencia del consumo de drogas	Pág. 14
1.4.2.1. A nivel europeo	Pág. 14
1.4.2.2. A nivel nacional	Pág. 15
1.4.2.3. A nivel regional	Pág. 15
1.5. Abordaje y tratamiento	Pág. 16
CAPÍTULO 2. RECURSOS ASISTENCIALES DE LA ZONA	Pág. 19
2.1. Fundación Acorde	Pág. 19
2.2. Proyecto Hombre Cantabria	Pág. 20
2.3. Centro de Rehabilitación y Reinserción Social de Drogodependientes (C.R.R.D) - "Isla Pedrosa"	Pág. 20
2.4. Asociación Montañesa de Ayuda al Toxicómano – AMAT	Pág. 21
2.5. Atención ambulatoria en drogodependencia – CAD	Pág. 22
2.6. Otros recursos	Pág. 22
CAPÍTULO 3. DISEÑO DE UNA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTEGRADO DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL	Pág. 24
3.1. Accesibilidad	Pág. 24
3.2. Vías de acceso	Pág. 24
3.3. Régimen terapéutico	Pág. 24
3.4. Equipo del centro	Pág. 25
3.5. Tratamiento	Pág. 25
3.6. Programas y actividades	Pág. 26
Conclusiones	Pág. 28
Bibliografía	Pág. 29

RESUMEN

La patología dual consiste en la existencia simultánea de una adicción con otra enfermedad psiquiátrica. El perfil de paciente diagnosticado con este trastorno es un paciente grave desde un punto de vista socio-sanitario, entre otras cosas por presentar un gran número de recaídas, mayor uso de los servicios de urgencias y tener una baja adherencia al tratamiento. El trato con estos pacientes es complicado, y es necesario un abordaje de manera integrada de ambos trastornos a la vez. Para esto, es fundamental un equipo multidisciplinar especializado en el tema, además de conocer la red de recursos asistenciales de la que dispone en la comunidad.

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión de diferentes bases de datos, tanto nacionales como internacionales, además de libros, artículos publicados en revistas o estudios epidemiológicos, entre otros. En total se hizo uso de 46 referencias bibliográficas.

El objetivo de este trabajo es analizar la enfermedad junto con otros factores que la rodean, así como dar a conocer los recursos para su tratamiento en nuestra comunidad. Por último, tal y como se muestra en el último capítulo, se recoge lo que se considera a criterio personal y con base en la bibliografía revisada, unas características determinadas que debería proporcionar un centro encargado del tratamiento integrado de esta enfermedad.

Palabras clave: patología dual, adicción, recursos asistenciales, Cantabria.

ABSTRACT

The dual diagnosis consists in the simultaneous existence of an addiction and another psychiatric illness. The profile of a patient diagnosed with this disorder is a critically ill patient from a socio-sanitary point of view, among other things due to presenting a large number of relapses, greater use of emergency services and having a poor adherence to treatment. Treatment with these patients is complicated, and it is necessary an approach in a comprehensive manner to both disorders at the same time. In order to do this, a multidisciplinary team specialized in the subject is fundamental, in addition to knowing the network of assistance resources available in the autonomous community.

To carry out this work, different databases, both national and international, were reviewed, as well as books, articles published in journals or epidemiological studies, etc. In total, 46 bibliographical references were used.

The aim of this work is to analyse the disease together with other factors that surround it, as well as to raise awareness of the resources for its treatment in our autonomous community. Finally, as shown in the last chapter, it is presented what is considered to be, in a personal opinion and based on the reviewed bibliography, certain characteristics that a centre responsible for the integrated treatment of this disease should provide.

Key words: dual diagnosis, addiction, health care resources, Cantabria.

INTRODUCCIÓN

- **ESTADO ACTUAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA**

La patología dual es "la existencia simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital de un trastorno adictivo y otro mental". Se trata de una enfermedad compleja, en la que fácilmente se pueden cometer errores a la hora de su diagnóstico. ⁽¹⁾

A pesar de no estar comprendida dentro de los manuales de psiquiatría, la patología dual es una enfermedad ampliamente aceptada en la actualidad. A modo de resumen, que se ampliará más adelante en el desarrollo de los capítulos, nos enfrentamos a un perfil de paciente complejo en el sentido de que, al tratarse de dos enfermedades interrelacionadas, la descompensación de una de ellas implica el desajuste de la otra. Entre sus características se encuentran la baja conciencia de enfermedad, conducta agresiva o incapacidad de adaptación a situaciones complicadas.

Los datos de incidencia de la enfermedad son escasos, la muestra con la que se realizan los estudios epidemiológicos es pequeña y está geográficamente limitada. Esto implica que los resultados obtenidos no son extrapolables a una población general. A pesar de esto, en los estudios usados para la elaboración del trabajo encontramos cifras elevadas de prevalencia de enfermedad psiquiátrica asociada al abuso de sustancias (entre el 65% y el 85%).

El tratamiento al que se debe someter una persona que padece patología dual es complejo y requiere tanto de un recurso adaptado y adecuado como de un equipo terapéutico especializado. Con frecuencia, el abordaje incorrecto de estos pacientes les hace entrar en lo que se conoce como la "puerta giratoria". Por esto se necesitan recursos que ofrezcan un tratamiento integrado de ambas patologías.

La gran prevalencia de la patología, unido a la falta de recursos específicos que encontramos en nuestra comunidad, implica la existencia de un grupo de usuarios que no están recibiendo un correcto tratamiento para su enfermedad, constantes recaídas y reagudizaciones de la patología, aumento de la demanda de recursos asistenciales, con su correspondiente coste... es decir, un mal pronóstico de la enfermedad.

Llama la atención en los recursos hospitalarios públicos la cantidad de usuarios que se encuentran en las unidades de agudos de psiquiatría con antecedentes de abuso de sustancias. A pesar de no estar diagnosticados de patología dual en la mayoría de los casos, se trata de pacientes con reagudizaciones frecuentes de su patología psiquiátrica asociadas al consumo. Por eso, se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica acerca del tema, con el fin de recopilar toda la información posible actual. Además, el reconocimiento de estos pacientes y su correcto tratamiento implican una mejora en el servicio y una disminución de los costes sanitarios.

A lo largo del presente trabajo se exponen los datos reunidos referentes a la patología dual, cuáles son los recursos de los que disponemos en Cantabria y la necesidad de la creación de un recurso específico que trate la enfermedad de forma integrada. Para ello se han revisado diferentes fuentes de datos y buscadores, así como otros recursos de donde obtener información relacionada que se detallan más adelante en el apartado de la metodología.

- **OBJETIVOS**

- Analizar la complejidad de la patología dual, así como profundizar en los aspectos que la rodean.

- Comparar la prevalencia de esta enfermedad a nivel provincial, nacional y a nivel de Europa para tomar conciencia de la gravedad del problema.
- Identificar los diferentes recursos que existen en nuestra comunidad y su labor para el tratamiento y abordaje de los pacientes con esta enfermedad.
- Describir las características de unidad para este perfil de individuos, tomando de referencia todo lo desarrollado y contrastado en el trabajo.

• **METODOLOGÍA**

El presente trabajo es una monografía creada a partir de datos extraídos de diversas fuentes. Entre las usadas para la realización del estudio encontramos: bases de datos con carácter científico, artículos publicados en revistas de medicina y enfermería, libros, páginas web oficiales de diferentes asociaciones y documentos oficiales que podemos encontrar en las mismas.

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en tres fases, coincidiendo con los tres capítulos del trabajo.

En primer lugar, nos centramos en la recopilación de artículos referentes a información acerca de la patología dual, descripción de la enfermedad, su etiología, perfil de paciente, abordaje y tratamiento, y se contrastaron datos epidemiológicos de estudios lo más actualizados posible.

En este primer capítulo, las bases de datos que se han usado para la búsqueda de información han sido:

- PubMed.
- Redalyc: red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.
- Google Académico.
- Google Books.
- Publicaciones científicas en la revista online Adicciones.
- Scielo.
- Biblioteca Online de la Universidad de Cantabria (BUC).
- Biblioteca Online de la Universidad Jaume I de Castellón (UJI).
- Página web del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.
- Dialnet.
- Biblioteca de Cochrane Plus (no encontrados artículos relevantes para el trabajo).
- Página web oficial de la Organización Mundial de la Salud.
- Página web oficial de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).
- Páginas web oficiales: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España; European Monitoring Centre for Drug Addiction (EMCDDA); Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria;

Para la búsqueda bibliográfica en las bases nombradas he utilizado las siguientes palabras clave o Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH en inglés):

- Patología dual / dual diagnosis
- Epidemiología / epidemiology
- Adicción / addiction
- Salud mental / mental health
- Abuso de sustancias / drug abuse
- Enfermería / nursing

Para acotar la búsqueda a los artículos que realmente se ciñen a la información que buscamos, he utilizado el operador booleano "AND", creando combinaciones como: "patología dual AND epidemiología", "dual diagnosis AND epidemiology", "salud mental AND adicción", "mental health AND adiction", "mental health AND drug abuse", "patología dual AND enfermería".

Tras la recopilación de diferentes artículos, estudios y publicaciones, se han aplicado unos criterios de inclusión y exclusión para la selección de aquellos que iban a ser utilizados en el trabajo.

Inicialmente se intentó crear una monografía cuyos datos estuvieran lo más actualizados posible (no incluyendo artículos publicados o estudios realizados a más de quince años de la fecha actual). Respecto al apartado en el que se trata la epidemiología, fue más compleja la aplicación de este filtro debido a la escasez de datos analizados sobre patología dual. Por esto, en un principio se descartaron aquellos cuya fecha de publicación fuera anterior al año 2003, aunque este criterio se modificó debido a necesidad de incluir datos epidemiológicos.

Se incluyeron todos los artículos originales, otras revisiones bibliográficas y monografías, guías de práctica clínica, informes oficiales, posters y ponencias en congresos de salud mental, así como trabajos fin de máster y estudios epidemiológicos referentes al tema a tratar, descartando aquellos que no guardaban relación con este estudio. Solo se usaron artículos completos de acceso gratuito, quedando excluidos aquellos de pago.

El idioma no ha sido un criterio de exclusión. Aunque en el caso concreto de este trabajo, la mayoría de las referencias usadas se encuentran en español, también han sido incluidas algunas en inglés.

Las limitaciones que se han encontrado en la búsqueda bibliográfica han sido importantes, sobre todo en el apartado referente a la epidemiología debido a la escasa investigación y datos estadísticos sobre incidencia de la patología dual, ya que la mayoría de los artículos encontrados se ceñían exclusivamente a la enfermedad mental o a la adicción a sustancias por separado.

En el segundo capítulo del trabajo, la información recopilada procede de bibliografía encontrada en las páginas web de los diferentes recursos que hemos tratado a lo largo del capítulo. Se incluyen tanto publicaciones como memorias de actividades. Asimismo, en el subapartado que trata acerca de la Fundación Acorde se incluyen datos directamente recopilados en dos reuniones con el personal que trabaja en dicha fundación: una con el director y otra con una de las psicólogas responsable del seguimiento del paciente.

Al igual que en el primer capítulo, se han acotado los datos referenciados a publicaciones informes y memorias publicadas en los últimos diez años.

Las fuentes bibliográficas son:

- Páginas web oficiales: Fundación Acorde; Proyecto Hombre y Proyecto Hombre Cantabria; Centro de Rehabilitación y Reinserción Social de Drogodependientes (CRRD) Isla Pedrosa; Asociación Montañesa de Ayuda al Toxicómano (AMAT); Atención Ambulatoria en Drogodependencia (CAD); Instituto Cántabro de Psicoterapia (SISTEMICCA).
- Memorias de actividades de los recursos asistenciales nombrados anteriormente.

De igual forma, las palabras clave usadas para la búsqueda de información en esta segunda parte han sido:

- Cantabria
- Recursos asistenciales
- Adicciones
- Memoria de actividades

Tanto las páginas web visitadas como las memorias de actividades usadas para la elaboración del capítulo se encuentran exclusivamente en español.

En el tercer capítulo se toman como referencia los artículos citados anteriormente, por lo que no hizo falta la búsqueda de nueva bibliografía.

Finalmente, la bibliografía ha quedado referenciada según las normas de Vancouver. En total, el número de referencias bibliográficas usadas para la elaboración del trabajo ha sido de 46.

- **DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS**

A continuación, hacemos una pequeña síntesis de lo que vamos a ampliar en los próximos capítulos.

En primer lugar, el capítulo primero aborda qué es la patología dual y describe las posibles hipótesis etiológicas que explicarían la causalidad de este trastorno. Además, veremos el perfil de paciente con esta patología, epidemiología de la misma, prevalencia de la patología dual a distintos niveles, abordaje de este perfil de paciente y opciones de tratamiento con las que nos podemos encontrar en la actualidad.

En el segundo capítulo, hemos llevado a cabo una recopilación de los centros a nivel de la comunidad de Cantabria en los que podemos encontrar usuarios con perfil de patología dual. Además de una pequeña descripción de la labor de cada recurso, modo de trabajo, intervenciones que realiza y equipo que lo conforma, se exponen datos extraídos de las memorias de actividades de los mismos centros (número de pacientes atendidos, tipo de trastorno mental que padecen, sustancia más consumida...).

Por último, en el tercero de los capítulos se describe, tomando como referencia lo contrastado a lo largo de todo el trabajo, las características que debe presentar una unidad para el tratamiento y abordaje integrado del problema que estamos estudiando a lo largo del presente trabajo.

CAPÍTULO 1. LA PATOLOGÍA DUAL Y SU SITUACIÓN ACTUAL

1.1. DEFINICIÓN.

La Sociedad Española de Patología Dual define la patología dual como "la existencia simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital de un trastorno adictivo y otro mental". (1)

Según la Confederación Española de Agrupaciones Familiares y Personas con enfermedad mental se trata de "la existencia simultánea de un trastorno mental y de un trastorno por consumo de sustancias en una misma persona". (2, 3)

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no define patología dual, así como tampoco hay una definición dada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM), ni por la Clasificación internacional de enfermedades y lesiones (CIE). (4-6)

Aunque el término Patología Dual (PD) es comúnmente usado entre la comunidad científica, este no se haya recogido en ningún manual de psiquiatría. (1, 6)

Si hablamos del trastorno adictivo, es necesario aclarar que puede tratarse, o bien de una adicción a algún tipo de sustancia, legalizada o no (tabaco, alcohol, cannabis cocaína...) o una adicción de tipo comportamental en los que también encontramos una dependencia, como puede ser la ludopatía, adicción a internet, al sexo... En cuanto a las drogas más consumidas por este tipo de pacientes encontramos en la lista la nicotina (algunos profesionales no incluyen el tabaco en su clasificación), el alcohol, el cannabis y sustancias opiáceas, aunque lo que más podemos encontrar es el policonsumo. Con este término nos referimos, por una parte al consumo de dos o más drogas en la vida diaria de una persona, y por otra lado al uso de dos o más sustancias tóxicas en un momento concreto. (3, 6-14)

Por otro lado, refiriéndonos al trastorno mental, principalmente recogemos dentro de la patología dual pacientes con un diagnóstico de trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, esquizofrenia y psicosis, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y trastornos de personalidad. (3, 6, 11, 13-16)

Las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica presentan un riesgo mayor de desarrollar una adicción, cosa que también ocurre a la inversa, una persona que padece una adicción es más propensa a desarrollar otra enfermedad mental. Aunque en los próximos apartados profundizaremos más acerca del tema, a modo de resumen se estima que entre el 65% y el 85% de las personas que presenta algún tipo de consumo excesivo de sustancias también padece o desarrollará a lo largo de su vida otra enfermedad mental. Igualmente aunque con porcentajes diferentes también se encuentra relación entre las personas diagnosticadas de enfermedad mental y las adicciones, suponiendo una incidencia en este grupo de entre el 30% y el 50%. Dicha adicción puede ser bien a alguna sustancia o bien de tipo comportamental. Se estima que estos datos están infravalorados, y que en realidad se trata de porcentajes mayores. (6, 11, 12, 15, 17-20)

El perfil del paciente que sufre de patología dual es muy característico. Es necesario tener en cuenta que hablamos de personas con unas características que no solo se limitan a la suma de los síntomas de un paciente psiquiátrico y una adicción de manera independiente, sino que presentan características propias. Por esto, para el abordaje y tratamiento de estos pacientes son necesarias unas intervenciones y recursos especializados, y no es suficiente con aquellos estandarizados. Asimismo, también es fundamental un equipo terapéutico especializado en el tema para asegurar la eficacia del tratamiento. (3, 6, 11, 13, 21)

Es imprescindible reconocer que entre ambos trastornos existe una relación de "alimentación" mutua, de forma que el empeoramiento del trastorno psiquiátrico implica un aumento del

riesgo de consumo de sustancias tóxicas, y viceversa, el consumo desmesurado de drogas implica un progresivo deterioro de la salud mental de la persona. (13, 21, 22)

1.2. PERFIL DEL PACIENTE

Ya hemos comentado brevemente en el anterior apartado que el perfil de paciente con esta enfermedad tiene unas características propias. (3, 6)

La persona diagnosticada de patología dual es considerada un paciente grave desde el punto de vista socio-sanitario por ser más propensos a las recaídas. Además, necesitan hacer uso con mayor frecuencia de los recursos socio-sanitarios, como puede ser el servicio de urgencias; sus estancias en el hospital son más largas y la adherencia al tratamiento es escasa. (3, 6, 14-17, 19, 22, 23)

Es muy habitual en estas personas la baja conciencia de enfermedad, ya sea solo de uno o de ambos trastornos, y en ocasiones es común que los pacientes solo se identifiquen con una de las patologías. Además, el riesgo de presentar un comportamiento agresivo, tanto hacia otras personas como hacia ellos mismos es muy elevada, así como las conductas autolíticas y de riesgo para su salud (a veces presentan infecciones asociadas, como por ejemplo virus de la inmunodeficiencia humana adquirida, virus de la hepatitis C, enfermedades de transmisión sexual...). (3, 6, 7, 11, 15, 17, 19, 22, 23)

El abordaje de este tipo de pacientes es complicado debido a su incapacidad de afrontamiento de situaciones difíciles. Todo esto supone un obstáculo que dificulta la recuperación de la persona, y un aumento en la tasa de abandono de tratamiento y un mal pronóstico. (3, 6, 7, 11, 15, 17, 19, 22, 23)

Otra dificultad que se nos presenta ante el abordaje de estas personas es el escaso apoyo socio-familiar con el que cuentan y el aislamiento social al que están sometidos. Además, en numerosas ocasiones estas personas tienen un historial delictivo debido a problemas legales como robos o situaciones violentas que tienen lugar bajo los efectos del consumo de alguna sustancia psicoactiva. (3, 6)

De manera resumida y generalizada, podemos decir que la patología dual afecta principalmente a hombres (aproximadamente un 80%) frente a mujeres (aproximadamente un 20%), en una edad media que ronda entre los 40 y los 50 años. El trastorno mental prevaleciente son los de tipo psicótico y los trastornos de la personalidad, y en cuanto a la adicción, resaltan el alcohol, la marihuana y el policonsumo de sustancias. Habitualmente se trata de un paciente soltero, con nivel educativo y socioeconómico y cultural bajo, y generalmente desempleado. (3, 6, 7, 24-26)

1.3. ETIOLOGÍA

En el primer apartado hemos definido la patología dual como la existencia simultánea de dos psicopatologías: la adicción y la patología psiquiátrica. (1-3, 6, 7, 11-19, 21-23, 27, 28)

Los pacientes con este tipo de trastorno, patología dual, suelen estar de forma general infradiagnosticados, puede que por desconocimiento o por comunicación insuficiente entre centros de salud mental y centros de atención a la drogodependencia. Si bien es cierto, el diagnóstico de patología dual puede ser complicado, debido a que hay ocasiones en que los síntomas asociados a la patología mental y aquellos característicos de una adicción se corresponden, dificultando y retrasando un diagnóstico adecuado. Por lo tanto, la valoración del paciente y de sus síntomas se debe comenzar de manera temprana, sin exponer a la persona a un periodo de abstinencia o de inestabilidad psiquiátrica. (6, 13, 17, 20, 21, 23, 28)

Tanto en los trastornos mentales como los de tipo adictivo se presenta lo que conocemos como vulnerabilidad genética, es decir, que la predisposición de padecer cualquiera de estas dos enfermedades tiene un factor hereditario. Que a lo largo de la vida de la persona se llegue a desarrollar o no la patología depende de otros componentes, como pueden ser los hábitos de vida, el estrés, el consumo de sustancias tóxicas... (6, 11, 13, 17, 20)

Dichos componentes se clasifican en factores de riesgo, capaces de crear un desequilibrio y que consecuentemente aumente la vulnerabilidad de la persona; y factores protectores, que por el contrario, supondrían un aumento de la estabilidad de la persona. Como factores de riesgo habituales encontramos: baja adherencia terapéutica, escaso apoyo familiar y social, facilidad de acceso a sustancias tóxicas, ... En contraposición, dentro de los factores protectores podemos poner como ejemplos: desarrollo de habilidades sociales de la persona, capacidad de afrontamiento de problemas, adherencia terapéutica, buenas relaciones familiares... (3, 13, 21)

Aunque entre los expertos en salud mental no hay acuerdo en la causalidad de esta enfermedad, y la relación entre trastornos por uso abusivo de sustancias y trastornos de la conducta no ha sido de todo determinada, actualmente existen varias hipótesis acerca de la patología dual que relacionan la adicción y la otra patología mental que se padezca. Entre los modelos descritos podemos destacar: (17)

- Modelo de consumo de sustancias secundario a un trastorno psiquiátrico: una patología mental de base desencadena el comienzo en el consumo de drogas, lo que con el tiempo da lugar a un estado de dependencia a los tóxicos. Esta hipótesis defiende que el consumo de sustancias tóxicas en este perfil de pacientes constituye un mecanismo de afrontamiento, alivio o regulación de los síntomas (lo que se denomina auto-medicación), que junto con el trastorno mental preexistente supondría un factor de riesgo para el desarrollo de una adicción a estas sustancias. (3, 6, 11, 20-22, 28)
- Modelo de trastorno mental secundario a consumo de sustancias: en el otro extremo, un paciente sin trastorno mental previo, en el que el consumo de tóxicos, junto con su vulnerabilidad individual y teniendo en cuenta otros factores de riesgo, desarrolla una patología psiquiátrica. En ocasiones, los síntomas del trastorno mental o la propia enfermedad psiquiátrica pueden desaparecer de manera espontánea una vez se abandona el consumo. (3, 6, 11, 13, 20-22)
- Modelo de independencia: la patología psiquiátrica y el trastorno por consumo de drogas coexisten de forma independiente. (6)
- Modelo de factores comunes de la vulnerabilidad: tanto en el componente de enfermedad psiquiátrica como en el de uso de drogas podemos encontrar elementos de vulnerabilidad comunes a ambas patologías. Dentro de esta categoría encontramos, entre otros, los factores genéticos o los ambientales. (3, 6, 11, 20, 21)
- Modelo bidireccional: este modelo defiende que, al principio, ambas patologías se presentan de manera primaria e independiente. Seguidamente, una situación puede condicionar e influir (o incluso incrementar) la vulnerabilidad de la otra patología, y viceversa. (6, 21)
- Modelo de socialización: se basa en el hecho de que el consumo de sustancias se relaciona con la pertenencia a ciertos grupos sociales determinados. (6)

Independientemente del orden en que la persona desarrolle ambas enfermedades, la Patología Dual se debe considerar una sola enfermedad, y es necesario tratarla como tal, actuando sobre los dos frentes de manera simultánea.

1.4. EPIDEMIOLOGÍA

1.4.1. PREVALENCIA DE LA PATOLOGÍA DUAL.

Es una opinión compartida por numerosas asociaciones y expertos en salud mental que la patología dual es una enfermedad infradiagnosticada. A su vez, esto implica que el tratamiento que reciben estos pacientes no es el adecuado, lo que supone un mal pronóstico de la enfermedad. Conocer cómo se distribuye la enfermedad y la prevalencia de la misma nos puede ayudar a mejorar la red de servicios que se ven implicados para el tratamiento conjunto de ambas patologías. (7, 11, 15, 21, 23, 28)

Como ya hemos comentado anteriormente, se estima que en la actualidad, entre el 65% y el 85% de la población diagnosticada de una adicción desarrolla una enfermedad mental. Además, aproximadamente un 50% de las personas que padecen un trastorno mental presentan también problemas por el consumo excesivo de sustancias. A día de hoy, una persona que es diagnosticada con patología dual tiene un peor pronóstico que un paciente que presenta uno de los dos trastornos de manera individual: la enfermedad mental o la adicción.

(6, 7, 11, 12, 15, 17, 18)

En cuanto a la situación actual en España, (y a nivel mundial en general) sobre prevalencia de la patología dual, existen pocos estudios de los que se puedan obtener datos actualizados. Además, los pocos que podemos encontrar están realizados sobre un tamaño muestral relativamente pequeño, en áreas geográficas muy limitadas y llevados a cabo con diferentes metodologías, por lo que son poco representativos de la población general. Entre los estudios de prevalencia de la patología dual a nivel nacional que se exponen en los siguientes párrafos, la gran parte de ellos han sido realizados sobre una muestra de pacientes que ya se encuentran en tratamiento en algún recurso asistencial, bien de salud mental o de tratamiento de la adicción, lo que supone que los datos obtenidos no son extrapolables. A continuación, se plasman algunos de esos datos encontrados. De cualquier modo, en todos los estudios coinciden en que la patología dual presenta una elevada prevalencia, y que no es una excepción, sino una enfermedad muy común. (6, 7, 16, 17, 21-23, 28)

A nivel internacional, el primer estudio epidemiológico en población general se llevó a cabo entre los años 1980 y 1984, con una muestra de 20.291 participantes procedentes de cinco ciudades de Estados Unidos: *el Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA)*. Entre las personas de la muestra que padecían un trastorno mental, el 28,9% también presentaba un trastorno por uso de sustancias. Asimismo, el 36,6% de personas con trastorno por abuso de alcohol y el 53,1% de personas con dependencia a otro tipo de sustancias presentaban otro trastorno mental. (11, 17, 21, 28, 29)

En el año 1998, la OMS llevó a cabo el *International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE)*, un estudio en donde se comparaba la prevalencia de las enfermedades mentales alrededor del mundo, que incluye datos sobre patología dual. Se contaba con una muestra de un total de 29.705 pacientes, de edades comprendidas entre los 14 y los 64 años, que procedían de seis lugares diferentes de Europa y Norteamérica. En el estudio se puede objetivar una notable relación entre enfermedad psiquiátrica y trastorno por abuso de drogas. El 26% de los participantes con adicción al alcohol presentaban algún tipo de trastorno del ánimo, y el 32% algún tipo de trastorno de ansiedad. Además, de las personas con dependencia a otras drogas, el 35% aproximadamente presentaba un trastorno del ánimo, cerca del 45%, un trastorno de ansiedad, y casi el 50%, un trastorno de la conducta. (28, 30)

Como datos internacionales más recientes, encontramos el estudio realizado en el año 2011 en la ciudad colombiana de Itagüí, en el que se recogieron datos de 415 personas, de las cuales 179 (43,1%) presentaba un trastorno mental, y 48 (11,6%) un trastorno por uso de sustancias.

Un total de 30 usuarios presentaban las dos patologías (7,2%), es decir, patología dual. Llama la atención en los resultados del estudio que el 70% de las personas que padecen patología dual son hombres, y que el 66,6% está en edades comprendidas entre los 13 y los 44 años. ⁽³¹⁾

Si nos enfocamos en datos nacionales, en 2011 se realizó un estudio piloto sobre la prevalencia de la patología dual en la comunidad de Madrid. El estudio se llevó a cabo de forma retrospectiva, recogiendo datos de la historia clínica de los pacientes de 20 unidades asistenciales de Madrid (centros de atención a la drogodependencia y centros de salud mental). Se consultó la historia de 400 pacientes, entre los cuales 136 personas (34%) fueron diagnosticadas de patología dual. Centrándonos únicamente en este último grupo, las sustancias tóxicas más consumidas son el alcohol (57,3%), la cocaína (52,9%) y la heroína (33,8%); y las enfermedades mentales más frecuentes entre estos pacientes son los trastornos del humor (49,2%), trastornos de la personalidad (33,8%) y esquizofrenia (9,5%). ^(7, 21, 28)

Por otro lado, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) es una red de asociaciones que trabaja a nivel nacional. En el año 2014 realizaron una encuesta en la que formaron parte 95 instituciones de todas las comunidades, de las cuales 66 confirman que trabajan con pacientes diagnosticados de patología dual. ⁽³⁾

Los resultados de la encuesta reflejan los siguientes datos: a lo largo del último año atendieron a 1755 pacientes diagnosticados con patología dual, los cuales se dividían en 1381 hombres (78,7%) y 374 mujeres (21,3%). El rango de edad de esas personas se sitúa entre los 20 y los 40 años, y el 92,6% son de origen nacional. Si nos centramos en el tipo de enfermedad psiquiátrica, 948 personas (54%) padecen esquizofrenia. El segundo diagnóstico más frecuente es el de trastorno límite de la personalidad (379 personas) y trastornos de la personalidad (253 personas). Por otro lado, en cuanto a la sustancia consumida, encontramos en primer lugar la marihuana (30,2%), policonsumo (28,6%) y hachís (18,7%). ⁽³⁾

Otro estudio llevado a cabo en Barcelona describe la prevalencia de la patología dual en una muestra de adolescentes (entre 12 y 18 años) que acuden a los servicios de urgencias psiquiátricas. Los datos que se revisaron para la elaboración del estudio fueron recopilados entre los años 2007-2009. De las 4012 historias clínicas revisadas se obtuvo una muestra total de 1318 pacientes únicamente con un diagnóstico psiquiátrico, y 477 pacientes con patología dual, lo que supone un 26,5% del total de urgencias atendidas. El diagnóstico psiquiátrico principal es el trastorno de la conducta (43,8%), y la sustancia que presenta mayor consumo es el cannabis (82%), seguido del alcohol (20,1%). Del grupo diagnosticado de patología dual, el 27,5% tenía antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico. ⁽³²⁾

Por último, el Hospital madrileño Infanta Leonor también quiso conocer la prevalencia de pacientes con patología dual que eran atendidos en la unidad de psiquiatría, por lo que en 2015 se recopilaron los datos de todo el año, obteniendo unos resultados de 59,9% de incidencia de trastorno dual entre las personas que estuvieron ingresadas. El diagnóstico psiquiátrico más repetido es el trastorno de personalidad. A continuación, trastorno psicótico. En cuanto a la adicción, el tabaquismo encabeza la lista, seguido de otras drogas como alcohol y cannabis. ⁽¹⁴⁾

Actualmente en Cantabria no disponemos de datos actualizados sobre prevalencia de la patología dual.

1.4.2. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS

Es interesante profundizar un poco en el consumo de drogas, la actualidad de la situación a distintos niveles y cuál es la sustancia más consumida por la población.

La Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), junto con la Fundación Patología Dual, la WADD (*Word Association on Dual Disorder*) y la sección de Patología Dual de la Asociación Mundial de Psiquiatría, reflejan en una serie de declaraciones conjuntas redactadas en junio de 2017, que la adicción al consumo de sustancias es un trastorno mental, y que debe ser considerado como tal y no como una falta de voluntad o un "vicio". Dicha enfermedad es considerada como Trastorno por consumo de sustancias y/o adicción, y se aproxima que el 10% de las personas que consumen sustancias o están expuestas a situaciones con propiedades adictivas la padecerán. ^(12, 13)

Como hemos comentado anteriormente, cuando hablamos de las sustancias más consumidas, prevalece entre la población el policonsumo. Según el Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, entre la población joven española es cada vez más habitual el policonsumo de drogas, y el *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) afirma en su informe anual del año 2011 que el policonsumo se ha implantado en Europa como patrón dominante de consumo de drogas. ^(9, 33)

1.4.2.1. A NIVEL EUROPEO

A nivel europeo, el Observatorio Europeo de las drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) realiza un informe anual publicando las novedades acerca de la situación actual, el mercado de las drogas, la prevalencia y las tendencias de consumo y los daños relacionados con dicho consumo. En cuanto a la publicación del informe en el año 2017, los datos representados se basan en estadísticas recogidas en el año 2015. Entre la información más relevantes para nuestra investigación, caben destacar: ⁽⁹⁾

- El 26.3% de la población en edades comprendidas entre 15-64 años (aproximadamente 87,7 millones de personas) ha consumido cannabis en algún momento de su vida, y un 7% ha consumido cannabis al menos una vez en el último año. Dentro de este último grupo, casi el 14% de la población que ha consumido cannabis en el último año pertenece a un conjunto denominado jóvenes adultos, con edades entre 15-34 años. El cannabis es con diferencia la sustancia más consumida por la población europea.
- El 5.2% de la población europea con edades entre 15-64 años ha consumido cocaína en al menos una ocasión a lo largo de su vida, y un 1% lo ha hecho en el último año. Dentro de estos últimos, un 1,9% se encuentra en edades comprendidas entre 15-34 años.
- El 4.2% de la población entre 15-64 años ha consumido MDMA (3,4-metilendioxi metanfetamina) o éxtasis al menos una vez a lo largo de su vida, y un 0,8% lo ha hecho al menos una vez durante el último año, dentro de los cuales un 1.8% son jóvenes adultos.
- Por último, un 3.8% de la población de entre 15-64 años ha consumido en algún momento anfetaminas, y el 0,5% ha consumido al menos una vez en el último año, dentro de los cuales el 1,1% forma parte del grupo de jóvenes adultos.
- Es frecuente encontrar un perfil de paciente que presenta un policonsumo de varias sustancias. ⁽⁹⁾

1.4.2.2. A NIVEL NACIONAL

Cada dos años, desde 1995, el Observatorio español de las drogas y las adicciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad- Gobierno de España) desarrolla una Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Dicha encuesta se realiza en población con edades comprendidas entre 15 y 64 años (ambos inclusive) y con residencia dentro del territorio nacional . (8, 28)

Según el informe presentado en el año 2017, que refleja datos obtenidos de encuestas llevadas a cabo en el 2015, a nivel nacional las drogas más consumidas por la población en los últimos 12 meses son el alcohol (77.6%), el tabaco (40.2%), y los hipnosedantes (12%). En segundo plano encontramos el cannabis (9.5%) y la cocaína (2%). En cuanto a la edad de inicio, la más temprana es para el tabaco y el alcohol (17 años), y en segundo lugar el cannabis (18 años). La edad de comienzo en el consumo de hipnosedantes se retrasa hasta 36 años de media. A excepción de los hipnosedantes, en el resto de sustancias se observa un mayor porcentaje de consumo por parte de los hombres. (8)

Dentro de la muestra estudiada, se puede advertir que casi un 42% de las personas ha consumido dos o más sustancias tóxicas (legales o ilegales) en el último año. Este policonsumo se centra en hombres, y asocia alcohol y cannabis. (8)

Como dato interesante, cabe destacar que España es uno de los principales puntos de entrada de sustancias procedentes de Marruecos, sobre todo de la resina del cannabis, de la cual se incautó más del 70% del total europeo en 2015. (9)

1.4.2.3. A NIVEL REGIONAL.

A nivel de la comunidad de Cantabria se lleva a cabo una Estrategia sobre drogas (2014-2018), en la cual se recogen datos, entre otras fuentes, de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES, ya nombrada anteriormente en datos sobre consumo de sustancias a nivel nacional) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES); ambas propuestas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, cuyo tamaño muestral ha sido ampliado para la comunidad de Cantabria. Dichos datos representan a una población general comprendida en edades entre 15-64 años, y a estudiantes de 14 a 18 años.

En el año 2013 se presenta la última encuesta sobre alcohol y drogas realizada en Cantabria, que recoge datos recogidos en el año 2011 acerca de la prevalencia del consumo de sustancias en una población de entre 15 y 64. Las conclusiones más relevantes para nuestro trabajo sacadas de ambos estudios son las siguientes:

- La sustancia más consumida por la población de Cantabria es, con diferencia, el alcohol. El 93.3% de la población ha consumido alcohol al menos una vez en la vida, y más de un 42% lo ha hecho en el último mes. Entre la población de estudiantes (14-18 años) la prevalencia de consumo en el último mes aumenta hasta el 76.5%.
- En segundo lugar entre las drogas más consumidas encontramos el tabaco; un 77.6% de la población estudiada ha consumido tabaco al menos una vez en la vida, el 36.8% lo ha hecho en el último mes y casi un 36% fuma a diario. A día de hoy, la edad de comienzo en consumo de tabaco está fijada en los 13.7 años.
- El cannabis representa la sustancia ilegal con mayor consumo, y la tercera sustancia psicoactiva con más prevalencia de consumo en nuestra comunidad. El 36% de la población general (15-64 años) admite haber consumido al menos una vez, el 6% ha fumado en el último año y el 4.4% en el último mes. El porcentaje de población que consume esta sustancia a diario es del 1.8%.

- En cuanto a hipnosedantes, el 11.6% refiere haberlos consumido una vez en la vida (con o sin receta médica), el 5.9 afirma que ha consumido este tipo de sustancias en el último año, y el 5.2% en el último mes.
- El consumo de otro tipo de sustancias, como puede ser la cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína... entre otros, tiene muy baja incidencia entre la población de la comunidad.
- El consumo de dos sustancias diferentes entre las anteriormente nombradas tiene una incidencia del 30.2% en el último año, mientras que desciende al 20.5% si hablamos del último mes. El policonsumo de 3 o más sustancias se lleva a cabo de forma minoritaria entre la población, y es más común que se dé en población de estudiantes y jóvenes. (34, 35)

1. 5. ABORDAJE Y TRATAMIENTO.

Ya hemos mencionado anteriormente que la patología dual sigue siendo a día de hoy una enfermedad infradiagnosticada. (7, 17, 21, 23)

Debido a que el tratamiento que tienen que recibir este perfil de pacientes es complicado, a la vez que muy específico, es necesario mejorar la red de servicios que se ven implicados, así como la coordinación y la comunicación entre ellos para prestar una asistencia eficaz. Además, es fundamental para comenzar una intervención terapéutica que la persona tenga conciencia de su enfermedad, cosa que no suele ser común entre estos pacientes. (3, 7, 12, 14, 15, 17, 20, 22, 27)

Actualmente se reconocen tres modelos de tratamiento básicos para personas diagnosticadas de patología dual: (3, 21, 36)

- **Tratamiento secuencial:** es el modelo que se utiliza con más frecuencia en la actualidad. Esta opción de tratamiento se caracteriza básicamente por el abordaje de una de las patologías (o bien la psiquiátrica o bien la adicción) en un recurso específico para ello. Una vez que este primer problema está solucionado, se pasa a tratar el segundo. El orden en que se tratan la enfermedad psiquiátrica y la adicción pueden variar dependiendo de la persona, la posibilidad de acceso a recursos, preferencias clínicas... (3, 6, 17, 21, 36)
- **Tratamiento paralelo:** consiste en un tratamiento sincronizado en el que el paciente acude de manera simultánea a programas de drogodependencia y de salud mental. Del mismo modo que en el modelo descrito anteriormente, el paciente es tratado por dos equipos multidisciplinares diferentes y específicos, lo que en ocasiones puede suponer que no haya una comunicación eficaz y suficiente entre ambos, un seguimiento del paciente inadecuado y una mala coordinación de los recursos. Esto se traduce en dificultad para el control de la situación y muchas veces fracaso del tratamiento. (3, 6, 17, 21, 36)
- **Tratamiento integrado:** se trata de una combinación unificada de los dos recursos: el programa de salud mental y el de adicciones. En este modelo encontramos un solo equipo terapéutico especializado en ambos campos de actuación. Es el ideal de modelo, ya que hace posible un seguimiento completo de la evolución del paciente de manera integral, prolongada en el tiempo y personalizado dependiendo de las necesidades de cada individuo. (3, 6, 16, 17, 21, 22, 36)

Como ya hemos comentado en apartados anteriores, expertos en patología dual coinciden en que el tratamiento de esta enfermedad se debe llevar a cabo de manera integrada, abordando las dos enfermedades y unificando las intervenciones necesarias, de forma que la recuperación del paciente se pueda llevar a cabo de manera exitosa. Para ello, está demostrado que es

necesaria la creación de un equipo multidisciplinar experto en diferentes especialidades. (3, 6, 11, 13, 15-17, 21, 22, 27, 28, 36)

Aun sabiendo esto, a día de hoy la patología dual es una enfermedad infravalorada y muchas veces no diagnosticada del modo adecuado, lo que impide la correcta actuación por parte del personal sanitario y el fracaso en la recuperación de los pacientes. (7, 15, 21-23)

Es frecuente que los pacientes con esta patología, al buscar ayuda, acudan a un recurso en el cual solo traten uno de los problemas (tratamiento secuencial de la enfermedad). Dejar el otro de lado hace, o bien que la persona sienta que no mejora o incluso a veces empeora la clínica de la patología que no está siendo tratada. En este punto, el paciente cambia de recurso para cubrir aquel problema en el que no está recibiendo ayuda, lo que a su vez hace que "descuide" el primero de ellos, provocando un empeoramiento de este. Este fenómeno se conoce como "puerta giratoria" es decir, el paciente va "sin rumbo" cambiando constantemente de recurso, sin llegar a dar con el tratamiento que realmente se corresponde con la enfermedad que presenta y con sus propias necesidades (3, 12, 13, 15, 17, 21)

Como objetivo a tener en cuenta cuando hablamos de tratamiento de pacientes con patología dual debemos tener siempre presente la recuperación de una buena calidad de vida de la persona. Por lo tanto, las intervenciones que se llevan a cabo tendrán como uno de sus objetivos retomar todos los elementos de la vida del paciente importantes para él. (13, 19, 28)

Además de un tratamiento farmacológico adecuado, durante todo el proceso es importante que la persona disponga de redes de apoyo, como puede ser la familia o los recursos asistenciales. En el proceso de recuperación del paciente, hay diversos factores de riesgo y otros de protección, que van a ser clave en su recuperación. Como factores protectores podemos nombrar el apoyo familiar y su implicación en el proceso de recuperación, las habilidades sociales de la persona, la buena adherencia al tratamiento... Por otro lado, las relaciones conflictivas, la desinformación acerca de su patología, la facilidad de acceso a drogas o la baja adherencia al tratamiento son factores de riesgo en la recuperación y pueden provocar un desequilibrio en la persona . (3, 13, 16, 17, 21)

La Fundación Acorde en Cantabria, de la que más adelante expondremos la labor que realiza, lleva a cabo con sus pacientes una serie de programas con la finalidad de recuperación de la persona, tanto a nivel de deshabituación como de recuperación de la calidad de vida y reinserción en la sociedad. Algunas de estas actividades son, por ejemplo: actividades básicas de la vida diaria (la persona aprende a responsabilizarse de sus actividades y a desenvolverse con autonomía en su día a día); atención a la familia (como factor de protección ante posibles recaídas y de apoyo para el propio paciente en el curso de su enfermedad, ayuda en la mejora de las relaciones familiares, y forma a estos últimos en el trato con este tipo de pacientes); prevención de recaídas (enseñan a la persona a reconocer situaciones que puedan inducirle a consumir, analizar su problema, aprendizaje de técnicas para el autocontrol...). (13, 37)

A pesar de las evidencias de los hechos expuestos anteriormente, y teniendo en cuenta que los recursos asistenciales que tratan la patología dual de manera integrada, como sería lo ideal, son realmente escasos en España, esto no ha sido útil para modificar las políticas en salud pública y recursos. Por eso, la Sociedad Española de Patología Dual realizó lo siguiente: (3, 6, 12, 17, 18)

Durante los meses de febrero a mayo del 2011, se llevó a cabo el primer cuestionario online a nivel nacional sobre patología dual. Se trata de un estudio observacional, transversal y multicéntrico, destinado a profesionales de la salud que tratan en su día a día con pacientes que pertenecen a este perfil. En él se pretendía determinar, por un lado el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios y por otro cuál es la impresión de estos en cuanto a posibilidad de recursos específicos para el tratamiento de la patología.

La encuesta fue realizada por 659 usuarios profesionales de la salud de 553 centros diferentes situados en 235 ciudades alrededor de cada una de las Comunidades autónomas de España. De estos 659 sanitarios, el 40,5% trabajan en salud mental, el 35,4% en un recurso de drogodependencia y el 13,5% en un recurso que reúne ambos campos.

Pues bien, los resultados del estudio son determinantes. La mayor parte de las personas que participaron (93,2%) concluyeron que los recursos para el tratamiento específico de la patología dual son imprescindibles. Así bien, el estudio también demuestra que gran parte de los profesionales sanitarios que participaron realizando la encuesta no disponen de la suficiente información acerca de los recursos disponibles en su propia comunidad autónoma.

(17, 18)

CAPÍTULO 2. RECURSOS ASISTENCIALES DE LA ZONA

En este segundo capítulo del trabajo, vamos a hacer una recopilación de los recursos asistenciales a nivel de la Comunidad de Cantabria. Como unidad ideal para el tratamiento de la patología dual, no hemos encontrado ninguna institución, por lo que vamos a hacer un pequeño análisis de la situación en cuanto a recursos disponibles para pacientes con drogodependencias, pero que en muchos casos acogen también a usuarios con perfil de otra enfermedad psiquiátrica además de la adicción.

2.1. FUNDACIÓN ACORDE.

Como parte de la búsqueda y recopilación de información, me desplazé a la sede de la Fundación Acorde en varias ocasiones con el fin de poder hablar directamente con las personas que trabajan allí día a día. A continuación se recogen los datos que me proporcionaron acerca del proceso de inclusión en los programas, perfil del paciente, programas de actuación que llevan a cabo, datos estadísticos acerca de las personas atendidas el año 2017, equipo de trabajadores...

La Fundación Acorde es una entidad sin ánimo de lucro que trabaja la patología dual desde marzo del año 2013. Su línea principal de actuación es, como ya hemos mencionado, el tratamiento de la Patología Dual y la reinserción social de las personas que padecen esta enfermedad. Además, entre sus objetivos también encontramos, entre otros, la aproximación al tratamiento, la asistencia y la inclusión social del paciente o la educación y sensibilización ciudadana respecto a la enfermedad.

Se trata de un recurso de carácter ambulatorio. En la actualidad trabajan en la fundación cinco profesionales: dos psicólogos, una integradora social, una monitora y un técnico en atención socio-sanitaria. El centro no dispone de un psiquiatra, en caso necesario los pacientes acudirán a su psiquiatra habitual.

El centro cuenta con 51 plazas disponibles, las cuales se dividen en 35 concertadas por el Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS) y 16 de carácter privado. A día de hoy, solamente se encuentran ocupados 18 de esos 51 puestos vacantes (actualizado 17/04/18).

El perfil de paciente son personas con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, con alguna adicción además de una enfermedad mental (o sospecha de un trastorno de este tipo), que ya han acudido a otros recursos sin obtener resultados (pacientes de puerta giratoria).

En cuanto al perfil tanto socio-demográfico como clínico-psiquiátrico de los pacientes, en los datos recogidos en la memoria de la fundación del año 2017 podemos destacar los siguientes:

- De un total de 37 usuarios, la mayor parte de ellos son hombres (81,1%), lo que corresponde a un total de 30, mientras que el 18,9% restante serían mujeres, 7 en total, valor que se ha visto incrementado con respecto al del año anterior (11,8% de mujeres atendidas en el año 2016).
- En cuanto a la edad de los pacientes que fueron atendidos, el 16,2% de las personas se encuentran en edades comprendidas entre los 18 y los 30 años, el 64,8% entre los 31 y los 50 años, y el 18,9% entre los 51 y los 65 años.
- Según el estado civil, la mayoría de los pacientes eran solteros (72,9%).
- La patología mental predominante entre los usuarios atendidos es el trastorno de personalidad (43,2%), seguido por TDAH y esquizofrenia (21,6%). Asimismo, casi el 90% de los usuarios presenta otra enfermedad psiquiátrica aparte de la predominante.

- En cuanto a la adicción, el 89,2% de las personas presenta un trastorno de tipo adictivo hacia sustancias, frente a un 10,8% que es de tipo comportamental (juego, sexo...).
- Entre las sustancias más consumidas entre los usuarios encontramos la cocaína (45,9%), el alcohol (21,6%) y la marihuana (10,81%).

Una vez valorado el paciente en una primera visita, se le asigna un psicólogo de referencia, quien comienza un proceso de evaluación de la persona. Tras esta evaluación, se decide la intervención terapéutica que se va a llevar a cabo, introduciendo al usuario en una serie de programas dependiendo de las necesidades de cada uno, a través de los cuales, mediante terapias grupales, se procura recuperar habilidades que les permitan la reinserción en el medio social. Entre los programas que ofrece la fundación encontramos: actividades básicas de la vida diaria, habilidades personales y sociales, vida comunitaria social y cívica, intervención psicológica, psicoeducación, desarrollo personal y ajuste emocional... (13, 26, 37, 38)

2.2. PROYECTO HOMBRE CANTABRIA.

Proyecto Hombre es una organización especializada en el tratamiento y la rehabilitación de personas drogodependientes y con otras adicciones. Fue fundada en 1984, pero no es hasta el año 1992 cuando llega a Cantabria (en el año 2017 se celebró el 25 aniversario de la fundación en nuestra comunidad) . Su trabajo se basa en tres objetivos: prevenir el consumo de sustancias, la rehabilitación de personas drogodependientes y su reinserción social.

El equipo que trabaja en Proyecto Hombre es interdisciplinar, y está formado por profesionales de psicología, trabajo social, educación social, pedagogía y psiquiatría; aunque realizan un trabajo de Técnicos en Adicciones.

Ofertan sus programas en un régimen ambulatorio de centro de día.

En su lista de programas ofrecen una gran variedad de recursos que abarcan diferentes áreas. Así, podemos encontrar desde programa de atención al alcoholismo, de ludopatías o programas interpenitenciarios de drogas y alcoholismo entre otros.

En la memoria del año 2016 podemos encontrar datos acerca del perfil de paciente que acude a Proyecto Hombre:

- A lo largo del año 2016, se atendieron un total de 461 usuarios.
- Las principales adicciones que se trataron a lo largo del año son al alcohol (38%), cocaína (36%) y cannabis (11%), seguidos de ludopatía, opiáceos e hipnóticos.
- De las 461 personas que fueron atendidas, el 16,6% son mujeres (76 pacientes), frente al 83,4% que son hombres.
- El 51,6% de los pacientes que fueron valorados no presentaban otro trastorno mental. Entre el 48,4% restante se distribuye entre personas diagnosticadas en su mayoría de trastorno psicótico (11,4%) y trastorno de la personalidad (11,4%). En segundo plano encontramos diagnósticos de trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)... (24, 39, 40)

2.3. CENTRO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL DE DROGODPENDIENTES (C.R.R.D) - "ISLA PEDROSA"

Se trata de un recurso disponible en la comunidad de Cantabria desde el año 1990. Actualmente está financiado por el Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS). Como venimos hablando, las principales intervenciones de centro están principalmente dirigidas a personas con trastornos relacionados con el consumo abusivo de drogas y otras conductas adictivas. Sus objetivos fundamentales son la prevención de recaídas en el consumo, mejorar

la calidad de vida de las personas a las que ayudan, deshabituación del consumo y reinserción en los ámbitos social y laboral. Además, el centro ofrece también ayuda a aquellas personas que presenten otro tipo de alteraciones psiquiátricas.

El equipo terapéutico es multidisciplinar y cuenta con profesionales de medicina (2 médicos) y enfermería (1 enfermera), psicología (3 psicólogos), orientación laboral, social y jurídico-penal (1 trabajadora social), además de un equipo educativo, un ingeniero técnico agrícola, un equipo de auxiliares educativos, dos secretarías administrativas y un equipo de servicios generales.

El dispositivo asistencial ofrece régimen de ingreso residencial, programas en régimen semi-ambulatorio y seguimiento por consultas externas. Dependiendo de las necesidades de los pacientes, estas modalidades se pueden ir intercambiando.

Entre los servicios ofertados por la fundación podemos encontrar programas de desintoxicación y adaptación, rehabilitación y deshabituación y reinserción.

En la memoria del año 2014 podemos recoger datos sobre perfil de paciente atendido. Los datos más relevantes para nuestro trabajo son:

- A lo largo del año 2014 se atendieron 198 personas de las cuales 91 en régimen residencial. De esos 198 usuarios, el 78,8% son hombres frente al 21,2% que son mujeres, en edades comprendidas entre los 20 y los 68 años (la edad media es de 40,5 años).
- La sustancia más consumida por los pacientes atendidos es el alcohol (36,9%), seguido de la cocaína (14,6%) y la heroína (6,1%). El porcentaje de pacientes que presenta policonsumo de sustancias es de 20,7%.
- El 22% de las personas atendidas en el año 2014 presentan un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, y en el 11% de los casos se desconoce si la persona realmente padece esta enfermedad. ^(25, 41)

2.4. ASOCIACIÓN MONTAÑESA DE AYUDA AL TOXICÓMANO - AMAT

Se trata de una asociación fundada en el año 1985. Ofrecen ayuda a personas con drogadicciones, programas de prevención de consumo y atención focalizada en deshabituación y desintoxicación en el consumo.

Se trata de un recurso asistencial que trabaja de manera ambulatoria. La asociación cuenta con un equipo especializado en diversas disciplinas, lo que garantiza el tratamiento integral del trastorno. Dicho equipo está formado por profesionales de psicología, un médico, trabajadores sociales y administrativos, además de un amplio equipo de voluntarios.

Entre los servicios de los que se pueden beneficiar los pacientes encontramos asesoría psicosocial para personas en riesgo de exclusión social por conductas adictivas, talleres de prevención e intervención en adicciones, y numerosos programas de actuación, como por ejemplo programas de apoyo a la inclusión social, programa de asistencia a familiares o programas de consultas e información sobre adicciones.

En la memoria de actividades del año 2017 podemos encontrar algunos datos interesantes como pueden ser:

- En su programa de Información y Acogida, primer contacto con la asociación y con los profesionales del centro, en el año 2017 se contabilizan 383 usuarios atendidos, cifra récord en los últimos 10 años.
- En el programa de Consulta e Información sobre Drogas se realizan talleres y sesiones informativas destinadas, sobre todo, a los alumnos de los centros educativos de

Cantabria, tanto de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), como formación profesional o Programas de Cualificación Profesional Inicial. En el año 2017 el total de usuarios que participaron en este programa es de 1355.

- El programa de Apoyo a la Inserción destinado a personas con trastorno de abuso de sustancias, atendió a un total de 211 personas. La edad media de estos pacientes es de 31 años. Entre ellos, el 78% de los usuarios son hombres, mientras que el 22% son mujeres.
- La principal droga consumida por los usuarios es la cocaína (50%), seguido del cannabis (30%) y del alcohol (18%).
- Entre los usuarios atendidos, el 48% se encuentra en situación de desempleo. Tan solo el 25% trabaja y el 26% está en formación. (42, 43)

2.5. ATENCIÓN AMBULATORIA EN DROGODEPENDENCIAS.- CAD

La Unidad de Atención a drogodependencias es un recurso de naturaleza pública, que se oferta en Cantabria en un régimen ambulatorio en horario de mañanas. Disponemos de este recurso en diferentes localidades de la comunidad: Santander, Laredo y Torrelavega.

En los tres centros se ofrecen programas de: información y orientación, tratamiento libre de drogas, mantenimiento con sustitutivos opiáceos, desintoxicación, atención sanitaria básica, detección de patologías y derivación a recursos sanitarios, educación para la salud, orientación laboral, apoyo al proceso de integración social...

El equipo profesional con el que cuentan estas unidades está formado por personal de enfermería, profesionales de psicología, trabajadores sociales y auxiliares de clínica. No disponen directamente de un médico psiquiatra, en caso de descompensación del paciente es necesaria una valoración por su psiquiatra habitual.

En el año 2016, en estos centros de atención ambulatoria se atendió a un total de 1196 pacientes, de los cuales 1009 fueron hombres (85%) y 187 mujeres (15%). (44, 45)

2.6. OTROS RECURSOS.

Como añadido a los ya citados anteriormente, el Instituto Cántabro de Psicoterapia (SISTEMICCA), ofrece un tratamiento de los trastornos de tipo adictivo. Se trata de un recurso de carácter privado que se ofrece en la clínica Mompía. Dependiendo de las necesidades de cada usuario, el paciente puede acceder a un tratamiento de hospitalización breve, con una duración de tres días, o bien a sesiones en régimen ambulatorio. (46)

Además, en Cantabria el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), hospital de referencia de la comunidad, dispone de una planta de agudos de psiquiatría, donde ingresan pacientes que se encuentran en un fase reagudizada de la enfermedad mental o bien debutan con una por primera vez. No es un recurso donde se traten directamente los trastornos de tipo adictivo, pero sí se pueden encontrar en él pacientes con perfil de patología dual. Al no ser específico, estos pacientes se encuentran "mezclados" con otros con patologías diversas. Las intervenciones que se llevan a cabo se limitan a estabilizar la fase aguda de la enfermedad psiquiátrica en la que se encuentran mediante el reajuste farmacológico, pero ninguna de esas intervenciones va destinada a la deshabituación o desintoxicación de drogas. Una vez que se consigue estabilizar a la persona, el seguimiento de los pacientes se lleva a cabo o bien en las consultas o se les deriva a otros centros donde se pueda realizar un seguimiento de la evolución.

Uno de esos sitios es el Centro Hospitalario Padre Menni, donde también podemos encontrar pacientes con esta enfermedad (en la actualidad, de los 115 usuarios ingresados en la unidad de Psiquiatría, el 23% padece patología dual). Se trata de un recurso de media-larga estancia en donde, además de fomentar la deshabitación se controla la otra patología psiquiátrica que padece la persona.

En todos los recursos analizados en este capítulo podemos encontrar personas que padecen patología dual. Algunos ofrecen intervenciones dedicadas únicamente a este perfil de paciente, y otras se centran exclusivamente en uno de los trastornos psiquiátricos.

Abordar en una misma persona dos trastornos como son la enfermedad mental y las adicciones es difícil, y en el caso de Cantabria, mejorable. La escasa coordinación entre los diferentes recursos provoca el fenómeno ya descrito anteriormente de paciente de "puerta giratoria".⁽¹⁵⁾

Por eso, como proyecto de futuro, en el Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 se redacta el objetivo de la creación de una red asistencial específicamente destinada a la atención de usuarios con patología dual. Esto se plantea como respuesta a la necesidad de coordinación y tratamiento integral de este perfil de pacientes. Entre los objetivos específicos que plantea el proyecto encontramos:⁽¹⁵⁾

- Oferta de programas específicos que nos permitan afrontar el tratamiento de la patología psiquiátrica y adictiva de manera sincronizada. Dichos programas garantizarán una correcta valoración del paciente y un tratamiento simultáneos de los dos trastornos.
- Establecer un protocolo en el que prime el tratamiento integral e individualizado para cada persona, con intervenciones coordinadas entre los diferentes servicios que nos garanticen una continuidad de cuidados.
- Impulsar la formación de los profesionales, así como la sensibilización para atender de la manera más adecuada posible a este tipo de pacientes con patología dual.
- Promover la investigación de la patología dual para el desarrollo y la mejora de los recursos, los planes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Crear estrategias de educación destinadas tanto a los propios pacientes como a sus familiares y círculo social.⁽¹⁵⁾

CAPÍTULO 3. DISEÑO DE UNA UNIDAD PARA EL TRATAMIENTO INTEGRADO DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL.

Como parte fundamental del trabajo de un profesional de enfermería está la habilidad de investigación, conocer los recursos de la zona de salud en la que trabaja y saber si dichos recursos son suficientes o por el contrario, hay alguna carencia en ellos.

Gracias a la investigación nos damos cuenta de la falta de un importante recurso en Cantabria. Por eso, con los datos recopilados durante el trabajo y teniendo en cuenta las necesidades actuales en nuestra comunidad, a continuación se describen las características que debería tener una unidad para este tipo de pacientes.

Inventaremos un nombre ficticio para nuestra unidad: Centro Cántabro de Patología Dual (CCPG). Los puntos importantes que se quieren destacar del actual proyecto se plasman a continuación.

3.1. Accesibilidad.

El primer punto importante a tratar es la accesibilidad del recurso. Esta unidad tiene que estar situada en un punto geográfico alcanzable para toda la población de Cantabria. Mi propuesta es Santander ya que, además de ser la capital y ciudad con más habitantes, es un punto muy comunicado con el resto de lugares a través de transporte público. ⁽¹⁷⁾

3.2. Vías de acceso.

Existen diferentes maneras de acceder al centro. Una de ellas será derivado desde otro servicio o profesional, bien sea desde el hospital, médico de cabecera o médico psiquiatra de referencia, si la persona ya cuenta con él, u otro recurso que se dedique únicamente o al tratamiento de adicciones o a la patología psiquiátrica.

Por otro lado, el centro cuenta con una vía de acceso directo, en el que la familia de la persona afectada, o el propio paciente pueden acudir a pedir ayuda.

3.3. Régimen terapéutico.

Con el fin de poder atender a diversidad de pacientes, y para asegurar la continuidad de cuidados, la unidad ofrecerá diferentes regímenes de tratamiento, dependiendo de las necesidades de cada paciente en el momento determinado. Así, habrá unas plazas destinadas a un régimen de tipo residencial, otras para un centro de día y otras para consultas de tipo ambulatorio.

La posibilidad de residencia implica una mayor supervisión de la persona durante un periodo de inestabilidad psiquiátrica o ante una recaída en la adicción. El tiempo de ingreso dependerá de cada paciente y de la evolución de su enfermedad. La hospitalización total ofrece tanto habitación para la persona, como comidas, servicio de limpieza, sala de ocio...

El centro de día va destinado a aquellos pacientes que en el momento actual se encuentren en una fase estable de la patología. En él se imparten programas psicoeducativos, donde se pretende conseguir la total autonomía y autocontrol de esas personas, para que puedan recuperar una vida totalmente normal e independiente. Además, se lleva a cabo un seguimiento del paciente que acaba de superar una reagudización de la patología.

Las consultas en régimen ambulatorio son destinadas a aquellos pacientes que, bajo criterio de los profesionales, están totalmente recuperados y no precisan de ayuda profesional, por lo que son dados de alta del centro. Estas consultas se llevarán a cabo de manera mensual, trimestral o anual, según las necesidades de cada uno.

Como añadido, se propone la creación de un área específica para el tratamiento de adolescentes con trastorno dual. En los últimos años, y como ya se ha hablado anteriormente, ha habido un notable aumento de la prevalencia de consumo de sustancias tóxicas entre adolescentes. Llama la atención a su vez que la edad de inicio en el consumo va disminuyendo. Por eso se considera importante disponer de un área infanto-juvenil en donde, además de tratar pacientes adolescentes ya diagnosticados, se puedan organizar intervenciones educativas e informativas acerca de la patología tanto en centros escolares como de educación secundaria. (8, 9, 11, 15, 17, 19, 28, 32)

3.4. Equipo del centro

En cuanto al personal terapéutico, es importante que se trate de un equipo multidisciplinar especializado en patología dual. La propuesta es la siguiente:

- Médico psiquiatra: imprescindible para el reajuste de tratamientos farmacológicos tanto si la persona sufre una descompensación de la enfermedad mental como ante la necesidad de pautar tratamientos sustitutivos a las adicciones.
- Profesional de enfermería: encargado de funciones gestoras, como organización del funcionamiento de las plantas y de las actividades que se llevan a cabo. También son responsables de otras funciones de tipo asistencial: entrevista con el paciente y familiares, valoración de las necesidades de la persona y creación de un plan de cuidados individualizado a las necesidades de cada uno, administración de medicación, supervisión de los pacientes, seguimiento de la evolución y control si se sospecha de posible recaída, realización de intervenciones psicoeducativas, comunicación con el paciente y formación de una relación terapéutica de confianza...
- Psicólogo: responsable de los programas psicoeducativos, terapias de grupo e individuales.
- Trabajador social: ayuda en la recuperación de la reinserción social de la persona, búsqueda de recursos, orientación laboral, social y jurídico-penal.
- Responsable administrativo: encargado de las tareas de administración del centro.
- Equipo de voluntarios.
- Además de los ya nombrados, el centro cuenta con un amplio personal de mantenimiento, limpieza y otros servicios.

Aunque cada perfil profesional tiene sus propias funciones, actuando como un equipo algunas labores pueden ser realizadas por más de un profesional, por ejemplo los programas que se lleven a cabo pueden ser impartidos por un psicólogo y un enfermero, o por un psicólogo y un trabajador social. (3, 6, 12-14, 17, 22, 27)

3.5. Tratamiento

Como ya hemos visto anteriormente, existen tres tipos de tratamiento diferentes para la patología dual: secuencial, paralelo e integrado. Coincidiendo con los expertos en el tema, el centro considera que el tratamiento integrado de la enfermedad es el más adecuado, donde se tratan ambas patologías al mismo tiempo por un solo equipo especializado en ello. (3, 6, 11, 13, 15, 17, 22, 28)

3.6. Programas y actividades

Tanto en el centro de día como en la hospitalización total se imparten diferentes programas y se llevan a cabo numerosas actividades cuyo objetivo es la total recuperación de la persona. Dichos programas que se ofrecen en el centro, irán principalmente dirigidos al autocontrol, reinserción social, deshabitación, psicoeducación....: (3, 13, 17, 19, 21, 36)

- Fomento de las habilidades personales y sociales: con esta actividad se pretende potenciar las habilidades personales de cada individuo y que así ser capaces de crear nuevas relaciones con gente de su entorno, y el mantenimiento de las mismas. La persona mejora aspectos como la comunicación, la autoestima, la habilidad de resolución y enfrentamiento a conflictos.
- Deshabitación de consumo de drogas: mediante esta intervención se pretende evitar el consumo de sustancias de manera definitiva y conseguir el autocontrol del paciente. Se incluye en el programa el tratamiento con fármacos sustitutivos de las drogas en caso de necesidades de la persona. El objetivo principal es mantener un periodo de abstinencia prolongado en el tiempo.
- Autocontrol y relajación: programa en el que se enseña a la persona técnicas de relajación para conseguir un control total sobre la situación y así evitar situaciones de recaída que impliquen también la reagudización de otras patologías psiquiátricas. Se pretende enseñar a dominar la ansiedad.
- Desarrollo personal: destinado como bien indica su nombre al desarrollo de las aptitudes de cada uno, potenciando dichas habilidades y orientando y animando a la persona a mejorarlas.
- Reinserción social: este programa está destinado a personas que han superado el proceso de deshabitación de consumo y son capaces de mantener el autocontrol por sí mismos. Se pretende preparar al usuario para su inclusión en la sociedad, por ejemplo, ayudando en la búsqueda de un trabajo.
- Fomento de la vida familiar: realización de actividades con el paciente y su familia que cree y fortalezca una red de apoyo para la persona. Se busca recuperar la confianza y fomentar una buena relación familiar. Además, información a las familias acerca de la evolución del paciente, asesoramiento e información acerca de signos y síntomas de recaída.
- Actividades recreativas: ayuda en la búsqueda de actividades para el entretenimiento de la persona, tanto de manera individual como de grupo. En este programa se engloban actividades deportivas, musicales, cine, manualidades...
- Actividades en colaboración con otros centros de patología dual: de manera puntual se organizará actividades con pacientes procedentes de otras instituciones en los que se proponen tanto actividades recreativas como de socialización.

Esto son solo algunos ejemplos de las intervenciones que se llevan a cabo y que pueden ayudar en la recuperación del paciente.

Dependiendo de las necesidades del paciente, como hemos comentado antes, podrán beneficiarse de unos u otros programas. Por ejemplo, en una persona en un momento de desequilibrio de la patología y que se encuentra ingresada, nuestro objetivo principal es la recuperación de dicha estabilidad. Estará ingresado tanto tiempo como sea necesario. Una vez la patología del paciente se encuentra de nuevo compensada, pasará a seguimiento en régimen de centro de día. Allí es donde se llevan a cabo los programas, que se asignarán a cada persona dependiendo de las necesidades de cada momento. Es posible que tras cierto tiempo acudiendo a los programas se consiga una completa estabilidad de la patología psiquiátrica y

un autocontrol de la adicción de la persona, por lo que ya no sería necesario que siguiera acudiendo a terapia y pasaría a consultas periódicas mensuales, trimestrales o anuales, dependiendo de la situación de la persona y del criterio de los profesionales.

Como última función del centro se propone la creación de un programa educativo externo. Dicho programa irá destinado a dos grupos diana completamente diferentes. Por un lado, se impartirán charlas educativas en centros escolares de educación primaria y secundaria de la zona, con la finalidad de prevenir el inicio en el consumo de drogas entre la población adolescente. El otro grupo al que se destinarán estos programas educativos será a personal sanitario que ejerza su trabajo en otros recursos, como pueden ser centros de salud, consultas o incluso unidades hospitalarias. El objetivo de estas intervenciones sería hacer visible la enfermedad y la ampliación de conocimientos acerca de la patología, el abordaje de los pacientes y el tipo de tratamiento, para asegurar la correcta derivación de las personas a este centro. (3, 17, 20, 22)

CONCLUSIONES

1. La patología dual es la existencia simultánea de un trastorno de tipo adictivo y otro trastorno psiquiátrico en una misma persona. Este término no está recogido en ningún manual de psiquiatría, aunque es ampliamente aceptado entre la comunidad científica.
2. La adicción puede ser de tipo comportamental o a alguna sustancia, lo más habitual. La droga más consumida por este tipo de paciente es el alcohol, el cannabis y el policonsumo. Si hablamos de trastorno psiquiátrico, lo más común es que encontremos diagnósticos de trastorno de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia y psicosis.
3. El paciente con diagnóstico de patología dual se caracteriza por: baja conciencia de enfermedad, mayor número de recaídas y de uso de los servicios de urgencias, conductas agresivas hacia él mismo o hacia otras personas, escaso apoyo socio-familiar...
4. Entre las hipótesis etiológicas descritas encontramos diferentes modelos: modelo de consumo de sustancias secundario a un trastorno psiquiátrico, modelo de trastorno mental secundario a consumo de sustancias, modelo de independencia, modelo de factores comunes de la vulnerabilidad, modelo bidireccional y modelo de socialización.
5. Entre el 65% y el 85% de personas con adicción padece otro trastorno mental; y cerca del 50% de personas con patología psiquiátrica también presentan problemas por consumo de sustancias. La patología dual es considerada una enfermedad infradiagnosticada, y con una prevalencia en aumento en los últimos años.
6. Los estudios epidemiológicos acerca de patología dual son escasos, y los datos obtenidos no son extrapolables a una población general debido a que han sido realizados sobre un tamaño muestral pequeño, aplicando metodologías diferentes y normalmente en personas que ya se encontraban ingresadas en un centro para tratamiento de una de las dos patologías.
7. Existen tres tipos de tratamiento para la enfermedad: secuencial, paralelo e integrado. Para que la recuperación del paciente sea exitosa, el tratamiento se debe llevar a cabo de manera integrada, es decir, abordar ambas patologías de manera simultánea. Así se evitaría el fenómeno conocido como "puerta giratoria". Este tratamiento se ha de llevar a cabo por un equipo multidisciplinar de expertos.
8. Los recursos disponibles para el tratamiento de la patología dual son escasos. En el caso concreto de Cantabria, no disponemos de ninguno que lleve a cabo un tratamiento integrado para esta enfermedad.
9. Tomando como referencia la bibliografía utilizada, se ha elaborado una propuesta con las características que debería tener un centro para el tratamiento de la patología dual de manera integrada.

BIBLIOGRAFÍA

1. SEPD Sociedad Española de Patología Dual [Internet]. 2018 [citado 5 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/>
2. FEAFES | SALUD MENTAL ESPAÑA [Internet]. [citado 5 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://consaludmental.org/tag/feafes/>
3. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Aproximación a La Patología Dual - Propuestas de intervención en la red FEAFES. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.; 2015. p. 16.
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [citado 5 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/>
5. Anexo:CIE-10 Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [citado 5 de mayo de 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:CIE-10_Capítulo_V:_Trastornos_mentales_y_del_comportamiento
6. Mar TM, Ana PM. Patología Dual Y Enfermería: Revisión Bibliográfica. Rev Patol Dual [Internet]. 2017 [citado 5 de mayo de 2018];4(1):9. Disponible en: www.patologiadual.es/profesional_revista.html
7. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. 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 [Internet]. 2013 [citado 5 de mayo de 2018];25(2):118-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=289126458010>
8. INFORME 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. Madrid; 2017 [citado 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>
9. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. 2017 [Internet]. 2017 [citado 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>
10. EDEX. Drogas Saber + Arriesgar - [Internet]. 2005 [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.edex.es/drogas/seccion2e.html>
11. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Monogr alcohol Adicciones [Internet]. 15 de diciembre de 2002 [citado 8 de mayo de 2018];14(1):195-219. Disponible en: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/524>
12. Szerman N, Martínez-Raga J, Baler R, Roncero C, Vega P. DECLARACIÓN CONJUNTA SOBRE PATOLOGÍA DUAL [Internet]. Madrid; 2017 [citado 18 de mayo de 2018]. p. 9. Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta_Patologia_Dual_SEPD.pdf
13. García A, González L, Blanco M, González D. Patología Dual «Dos problemas, una solución». Guía para afectados, familiares y profesionales. 1.ª ed. Fundación Acorde, editor. Santander: Fundación Acorde; 2016. 28 p.
14. Mascaraque C, Vega R, Anula MJ, Marcos C. Incidencia de Patología Dual en el Hospital

- Infanta Leonor. [Internet]. Cádiz: XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental ; 2016 [citado 1 de junio de 2018]. p. 1. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/C30625F2-B1BC-4E4E-AC6B-4A735B845A5E/5ea79cc6-4dfb-48c3-9b10-3d632ab89111/5ea79cc6-4dfb-48c3-9b10-3d632ab89111.pdf>
15. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de salud mental de Cantabria 2015-2019 [Internet]. [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
 16. San L, Arranz B, Guide EG for DPCP, Arrojo M, Becoña E, Bernardo M, et al. Guía práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta. Adicciones [Internet]. 2 de marzo de 2016 [citado 1 de junio de 2018];28(1):3-5. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/784/759>
 17. Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B, Barral C, et al. Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual. LIBRO BLANCO RECURSOS PARA PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL EN ESPAÑA [Internet]. Madrid; 2015 [citado 7 de mayo de 2018]. 52 p. Disponible en: <http://www.patologiadual.es>
 18. Roncero C, Szerman N, Terán A, Pino C, Vázquez JM, Velasco E, et al. Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. Patient Preference Adherence [Internet]. septiembre de 2016 [citado 9 de mayo de 2018];10:1855-68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27698553>
 19. Barrientos M, Rodríguez M, González J, García C, Reinoso R. Actividad Motivada y Patología Dual. La actividad motivada como estrategia hacia una mejora de la calidad de vida en patología dual. patologiadualycalidaddevida.blogspot.com [Internet]. 2016 [citado 10 de mayo de 2018];112. Disponible en: <http://patologiadualycalidaddevida.blogspot.com>
 20. BAREA J, BENITO A, REAL M, MATEU C, MARTÍN E, LÓPEZ N, et al. Estudios sobre aspectos etiológicos de la patología dual. Alcohol S científica E de E sobre, editor. Adicciones [Internet]. 2010 [citado 8 de mayo de 2018];22(1):15-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2891/289122902003/>
 21. López Clofent MT. Patología dual: estudio de caso único [Internet]. Universitat Jaume I; 2015 [citado 5 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/142047>
 22. Torrens Mèlich M. Patología dual: Situación actual y retos de futuro [Internet]. Vol. 20, Adicciones. Socidrogalcohol; 2008 [citado 1 de junio de 2018]. p. 315-9. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255/244>
 23. Searby A, Maude P, McGrath I. Dual diagnosis in older adults: A review [Internet]. Vol. 36, Issues in Mental Health Nursing. 2015 [citado 8 de mayo de 2018]. p. 104-11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25625710>
 24. Proyecto Hombre. Memoria 2016. 25 años de Proyecto Hombre en Cantabria [Internet]. Santander; 2016 [citado 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.proyectohombrecantabria.org/memoria/memoria2016.pdf>
 25. Equipo terapéutico del centro. CRRD Pedrosa. Memoria 2014 [Internet]. Torrelavega; 2014 [citado 16 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fcsbs.com/uploads/pdf/Memoria CRRD 2014.pdf>
 26. Memoria anual de actividades 2017 - Centro de Rehabilitación Psicosocial Acorde

- [Internet]. Santander; 2017 [citado 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fundacionacorde.com/files/MEMORIA-DE-ACTIVIDADES-2017.pdf>
27. Braojos Rubio-Iglesias M, Lerma Ortega E, Moreno Almagro I, Javier Bravo García C, Martínez Galán P. Abordaje integrado de la patología dual: el papel de enfermería. [Internet]. Murcia: XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2017 [citado 1 de junio de 2018]. p. 1. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/AE387D91-1F6F-4CBD-B884-4851C9B83BB6/46174ae3-51e6-4d76-bdba-1b8c360cb77e/46174ae3-51e6-4d76-bdba-1b8c360cb77e.pdf>
 28. [Internet]. 1.^a ed. Marge Medica Books, editor. 2016 [citado 9 de mayo de 2018]. 272 p. Disponible en: https://books.google.es/books?id=6kctDQAAQBAJ&pg=PA59&lpg=PA59&dq=estudio+eca+estados+unidos&source=bl&ots=_9GEinxKv&sig=Omd3s9HgxlGDrmG-ZJ2WEE0Redw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjI_dPMqfjaAhUDQBQKHd2pCUoQ6AEIMjAD#v=onepage&q=estudio+eca+estados+unidos&f=f
 29. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry [Internet]. octubre de 1984 [citado 9 de mayo de 2018];41(10):934-41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6089692>
 30. Kessler RC. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions -- the NAPE Lecture 1998. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. Acta Psychiatr Scand [Internet]. enero de 1999 [citado 9 de mayo de 2018];99(1):2-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10066001>
 31. Castaño Pérez GA, Maria G, Hincapié S. Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. 2016 [citado 9 de mayo de 2018];4(52):108-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.005>
 32. Matali JL, Andión O, Pardo M, Iniesta R, Serrano E, San L. Adolescentes y Diagnóstico Dual en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas Adolescents and Dual Diagnosis in a Psychiatric Emergency Service [Internet]. Vol. 28, ADICCIONES. Barcelona; 2016 [citado 1 de junio de 2018]. p. 71-9. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/783/745>
 33. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2011 [Internet]. Luxemburgo; 2011 [citado 18 de mayo de 2018]. p. 124. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143743_ES_EMCCDDA_AR2011_ES.pdf
 34. Servicio de drogodependencias del Gobierno de Cantabria. Estrategia sobre drogas de Cantabria 2014-2018. [Internet]. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, editor. 2015 [citado 16 de mayo de 2018]. 81 p. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/drogodependencias/Estrategia sobre drogas de Cantabria 2014-2018.pdf>
 35. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN CANTABRIA 2013 [Internet]. 2013 [citado 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/drogodependencias/ENCUESTA>

2013.pdf

36. Becoña IE, Pérez EJP, José Ramón Fernández Hermida, Lorena Casete Fernández, M^a Pilar Bermejo González, Roberto Secades Villa, et al. Guía Clínica De Intervención Psicológica En Adicciones [Internet]. 2008. 151 p. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicalntPsicologica.pdf>
37. Fundación Acorde [Internet]. 2016 [citado 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fundacionacorde.com/index.html>
38. Memoria anual de actividades 2016 - Centro de Rehabilitación Psicosocial Acorde [Internet]. Santander; 2016 [citado 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fundacionacorde.com/files/MEMORIA-DE-ACTIVIDADES-2016.pdf>
39. Proyecto Hombre | Prevención y tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones [Internet]. 2018 [citado 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://proyectohombre.es/>
40. Proyecto Hombre Cantabria [Internet]. 2017 [citado 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://proyectohombrecantabria.org/>
41. Fundación Cántabra Salud y Bienestar Social - Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes [Internet]. 2010 [citado 16 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fcsbs.com/index.php?page=centro-de-rehabilitacion-y-reinsercion-de-drogodependientes>
42. AMAT - Asociación Montañesa de Ayuda al Toxicómano - AMAT Torrelavega [Internet]. [citado 16 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://amattorrelavega.es/>
43. AMAT. Memoria de actividades 2017. [Internet]. 2017 [citado 16 de mayo de 2018]. p. 48. Disponible en: <http://amattorrelavega.es/wp-content/uploads/2017/09/memoria-actividades2017.pdf>
44. Recursos en Drogodependencias en Cantabria [Internet]. [citado 16 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/drogodependencias/Guía de recursos.pdf>
45. Consejería de Sanidad. Estrategia sobre drogas de Cantabria 2014-2018. Memoria 2016. 2016 [citado 13 de mayo de 2018];1:54. Disponible en: https://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/drogodependencias/10-981 Memoria drogodependencia 2016_v02.pdf
46. SISTEMICCA - Instituto Cantabro de Psicoterapia [Internet]. 2008 [citado 13 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.sistemicca.com/>