

ITINERARIO TÉCNICO NACIONAL

JULIO 2003

**Una iniciativa para el intercambio de experiencias en el tratamiento de
drogodependientes con Patología Dual**

CONCLUSIONES

María Padrino Bonfiglio
GERENTE
Trabajadora Social
Asociación DUAL

Raúl Izquierdo Muñoz
COORDINADOR TÉCNICO
Psicólogo / N° Col: M- 15785
Asociación DUAL

1



Agradecimientos:

Al Dr. José Javier Valls, de la Unidad de Patología Dual de Martorell y a su equipo, al Dr. Josep Solé, de la Unidad de Patología Dual / Alcoholismo de Sant Boi, y a la Dra. Esther García Usieto de la Unidad de Patología Dual de la Isla de Pedrosa. Les damos las gracias a todos ellos porque sin su colaboración no hubiera sido posible la realización del presente documento que esperamos resulte de interés para todos. Agradecemos así mismo su hospitalidad y el agradable trato dispensando durante nuestra visita, y confiamos en volver a coincidir pronto para continuar compartiendo experiencias en el tratamiento de la Patología Dual.

También queremos mostrar una vez más nuestro agradecimiento por el interés mostrado en todas nuestras iniciativas a la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, y en especial a D.Manuel Rivero, Jefe del Departamento de Asistencia y Reinserción.

Septiembre 2003

INDICE

	<u>Pag.</u>
• INTRODUCCIÓN	4
• EL PROYECTO	5
- 1. Justificación	5
- 2. Objetivos	6
- 3. Metodología	6
- 4. Resultados	6
• FICHA TÉCNICA DE RECURSOS	8
• UPD – Martorell	9
• UPD / Alcohol – Sant Boi	11
• UPD – Isla de Pedrosa	13
• PPD – Madrid	15
• CONSIDERACIONES CRÍTICAS	18
• EL MODELO DE CATALUÑA	19
• EL MODELO DE CANTABRIA	21
• EL MODELO DE MADRID	24
• REFLEXIONES GENERALES	26
• EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL	26
- Sobre la conceptualización de Patología Dual	27
- Sobre la prospección de necesidades	28
- Sobre los niveles de tratamiento	30
- Sobre los niveles de gestión administrativa	30
• ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL	32
• INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS: UNA APUESTA POR LA COHESIÓN	33

INTRODUCCIÓN

Desde su nacimiento en junio de 2000, la Asociación DUAL se ha mostrado interesada por ahondar en el conocimiento de la Patología Dual y profundizar en el estudio de las variables implicadas en su origen, evolución y curso con el fin de optimizar su tratamiento.

Desde hace tiempo, esta entidad se ha ido especializando en la gestión de recursos residenciales específicos para el tratamiento de este tipo de pacientes. Desde la fase de diseño del primer recurso residencial en el año 2000, los técnicos vinculados a este proyecto han mostrado un decidido interés por conocer otros proyectos de intervención en Patología Dual. De esta forma se fue forjando la idea de realizar un viaje nivel nacional que nos permitiera conocer de primera mano la intervención que se presta en otras autonomías y modelo de trabajo.

Es así, como tuvimos conocimiento de la existencia de dos Unidades de Patología Dual en Cataluña, de corta estancia, la primera en Martorell y la segunda en Sant Boi de Mar. También contactamos con la Unidad de Patología Dual de Cantabria, situada en la Isla de Pedrosa. Tras contactar con los responsables de estos dispositivos, diseñamos un proyecto de viaje que bautizamos con el nombre de **Itinerario Técnico Nacional – 2003** (*una iniciativa para el intercambio de experiencias en el tratamiento de drogodependientes con patología dual*).

Tras presentar este proyecto en el Departamento de Asistencia y Reinserción de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, su responsable, Manuel Rivero, entendió que se trataba de una iniciativa suficientemente interesante como para ser financiada por dicha institución.

Es de esta forma como en la segunda semana de julio nos pusimos en marcha para visitar en primer lugar, la Unidad de Patología Dual de Martorell, después la de Sant Boi, especializada en alcohol, y finalmente la de la Isla de Pedrosa en Cantabria.

EL PROYECTO

1. JUSTIFICACIÓN

El aumento del número de casos de pacientes afectados por una Patología Dual y la necesidad de optimizar la atención a este colectivo está provocando, desde hace algunos años, un creciente interés no solo a nivel técnico sino también político. Dicha circunstancia se va concretando en el aumento de iniciativas de todo tipo para mejorar la atención a este grupo de pacientes.

En el caso de la Comunidad de Madrid la entidad que suscribe este documento tiene concertadas catorce plazas con la Agencia Antidroga, que se distribuyen entre dos recursos residenciales. A través de este concierto la Asociación DUAL asumió con este organismo el compromiso de recopilar y dar a conocer toda la información existente referida a la Patología Dual.

Por otro lado, y a través de la investigación que desarrollan los técnicos de esta entidad hemos tenido conocimiento de la existencia, dentro del ámbito nacional, de tres unidades de Patología Dual situadas en:

- **Martorell – CATALUÑA**
- **Sant Boi - CATALUÑA**
- **Isla de Pedrosa - CANTABRIA**

En nuestro afán por conocer e intercambiar experiencias con otros profesionales vinculados al tratamiento de estos pacientes, así como por responder al compromiso de representar y difundir las iniciativas promovidas por la Agencia Antidroga, hemos programado un itinerario técnico que incluye visitas a los dispositivos arriba señalados.

5

Por último, y una vez que se haya completado este itinerario, donde no solo recibiremos información sino que también volcaremos la que a lo largo de estos tres años hemos ido acumulando, realizaremos un documento técnico donde reflejaremos las conclusiones extraídas de esta iniciativa.

2. OBJETIVOS

- Conocer las iniciativas que a nivel nacional se están desarrollando en el presente momento en el ámbito de la Patología Dual.
- Intercambiar experiencias sobre el tratamiento de los Pacientes con Patología Dual en distintas fases de su proceso de rehabilitación.
- Dar a conocer las iniciativas impulsadas por la Agencia Antidroga para el tratamiento de pacientes con Patología Dual en la Comunidad de Madrid.
- Elaborar un documento técnico donde se comparen y se analicen las diferentes iniciativas de tratamiento, incorporando el conocimiento técnico adquirido durante el viaje.

3. METODOLOGÍA

Esta iniciativa se llevará a cabo mediante la realización de un viaje que incluirá las siguientes visitas técnicas:

- **Martorell – CATALUÑA**
- **Santo Boi - CATALUÑA**
- **Isla de Pedrosa - CANTABRIA**

4. RESULTADOS

Como ya hemos señalado más arriba la fase final de esta iniciativa incluirá un documento donde reflejaremos:

- Centros visitados y profesional de contacto.
- Naturaleza del dispositivo.
- Perfil de usuario y tiempo de estancia.
- Objetivos generales de cada proyecto.
- Metodología.
- Conclusiones técnicas.

FICHA TÉCNICA DE RECURSOS

I. DENOMINACIÓN

Unidad de Patología Dual (UPD).

Director: Dr. José Javier Valls

II. GESTIÓN

Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús

Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental

Centro con Plazas Concertadas de Cobertura Asistencial Pública

III. NATURALEZA DEL RECURSO

Centro de Alta Rotación y Corta Estancia. (Unidad de agudos específica para pacientes con Patología Dual).

Desarrolla una intervención específica y puntual en el proceso de atención a Personas con Patología Dual.

IV. AMBITO DE ACTUACIÓN

Comunidad Autónoma de Cataluña

V. OBJETIVOS

Ofrecer un tratamiento específico, incidiendo especialmente en el adecuado diagnóstico y abordaje terapéutico de la psicopatología y del abuso o dependencia de sustancias.

VI. DISTRIBUCIÓN ESTRUCTURAL

1. Área de Evaluación: valoración inicial al ingreso.
2. Área de Crisis: atención a pacientes en crisis que precisan un tratamiento individualizado intensivo.
3. Área de Agudos:
 - a) Sección de actividades terapéuticas.
 - b) Sección de descanso.

VII. PLAZAS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

25 plazas, de uso mixto, para pacientes con Patología Dual que presenten los siguientes criterios clínicos:

- Trastorno mental grave.
- Trastorno por uso de sustancias.
- Trastorno de conducta o situación clínica de difícil manejo (para la red de asistencia ambulatoria).

Se excluye a los pacientes que presenten:

- Trastorno por uso de sustancias como único diagnóstico y sin evidencias de alteración psiquiátrica.
- Patología orgánica grave descompensada actualmente.
- Trastorno antisocial de la personalidad como diagnóstico principal.
- Derivaciones motivadas por un cumplimiento de medida judicial.

VIII. ESTANCIA MEDIA

Entre 2 y 3 semanas.

IX. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN Y RETORNO

- Derivaciones procedentes de recursos de la red de salud mental y/o de la red de asistencia al drogodependiente.
 - **Procedimiento:**
 1. Comunicación telefónica con el director del centro para solicitar plaza.
 2. Valoración técnica.
 3. Aportación de hoja de derivación completa en fecha de ingreso, junto con analítica básica general así como serología VIH y hepatitis.
 4. Ingreso.
 5. Tratamiento.
 6. Alta.
- Retorno a recursos de la red de salud mental y/o de la red de asistencia al drogodependiente.

X. COORDINACIÓN

La UPD, coordina el procedimiento de derivación, el plan terapéutico y el retorno a la red o la asignación de nuevos dispositivos de tratamiento para el paciente, hasta recibir el alta en la unidad.

UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL / ALCOHOLISMO – Sant Boi de Llobregat

I. DENOMINACIÓN

Unidad de Patología Dual – Alcoholismo (UPD/A)
Director: Dr. Josep Solé

II. GESTIÓN

Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús
Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental
Centro con Plazas Concertadas de Cobertura Asistencial Pública

III. NATURALEZA DEL RECURSO

Centro de Alta Rotación y Corta Estancia. (Unidad de agudos específica para pacientes con trastorno por uso de alcohol y con enfermedad mental grave).
Desarrolla una intervención específica y puntual en el proceso de atención a Personas con Patología Dual en las que el Alcohol es la sustancia problema principal.

IV. AMBITO DE ACTUACIÓN

Comunidad Autónoma de Cataluña

V. OBJETIVOS

Ofrecer una atención especializada a las personas con un trastorno por alcohol más un trastorno mental severo, mediante la aplicación de programas terapéuticos integrados.
Se incide en el adecuado diagnóstico y abordaje terapéutico de la psicopatología y del trastorno por alcohol.

VI. DISTRIBUCIÓN ESTRUCTURAL

1. Área de Hospitalización: para la residencia de los pacientes mientras reciben tratamiento.
2. Área de Despachos: para la gestión técnica de los casos.

VII. PLAZAS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

20 plazas, de uso mixto, para pacientes con Patología Dual que presenten los siguientes criterios clínicos:

- Trastorno mental grave.
- Trastorno por uso de alcohol.
- Situación clínica de difícil manejo (para la red de asistencia ambulatoria).

Se excluye a los pacientes que presenten:

- Trastorno por uso de sustancias como único diagnóstico y sin evidencias de alteración psiquiátrica.
- Patología orgánica grave descompensada actualmente.
- Trastorno antisocial de la personalidad como diagnóstico principal.
- Derivaciones motivadas por un cumplimiento de medida judicial.

VIII. ESTANCIA MEDIA

Entre 2 y 3 semanas.

IX. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN Y RETORNO

- Derivaciones procedentes de recursos de la red de salud mental y/o de la red de asistencia al drogodependiente, así como de centros de alcoholismo.
 - **Procedimiento:**
 1. Comunicación telefónica con el director del centro para solicitar plaza.
 2. Valoración técnica.
 3. Aportación de hoja de derivación completa en fecha de ingreso, junto con analítica básica general así como serología VIH y hepatitis.
 4. Ingreso.
 5. Tratamiento.
 6. Alta.

- Retorno a recursos de la red de salud mental y/o de la red de asistencia al drogodependiente, así como de centros de alcoholismo.

X. COORDINACIÓN

La UPD/A, coordina el procedimiento de derivación, el plan terapéutico y el retorno a la red o la asignación de nuevos dispositivos de tratamiento para el paciente, hasta recibir el alta en la unidad.

UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL – Isla de Pedrosa (Santander)

I. DENOMINACIÓN

Unidad de Patología Dual (UPD)
Directora: Dra. Esther García Usieto

II. GESTIÓN

Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales
Gobierno de Cantabria
Centro con Plazas Concertadas de Cobertura Asistencial Pública

III. NATURALEZA DEL RECURSO

Centro de Media Estancia.
Desarrolla una intervención específica e integral que abarca desde la fase de desintoxicación hasta la reinserción del paciente.

IV. AMBITO DE ACTUACIÓN

Comunidad Autónoma de Cantabria

V. OBJETIVOS

Lograr la estabilización del cuadro diagnóstico que favorezca la integración social del residente y garantice la continuidad del tratamiento en régimen ambulatorio.

VI. DISTRIBUCIÓN ESTRUCTURAL

1. Área técnica: despachos, laboratorio y biblioteca.
2. Área Ocupacional Interior: talleres dentro del centro.
3. Área Ocupacional Exterior: talleres al aire libre.
4. Área de descanso: incluye biblioteca para pacientes.
5. Área de ocio y tiempo libre.

VII. PLAZAS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

40 plazas, de uso mixto, para pacientes con Patología Dual, incluidos menores, que presenten los siguientes criterios clínicos:

1. Trastorno mental grave o evidencia de alteración psiquiátrica.
2. Trastorno por uso sustancias.
3. Aceptación voluntaria del ingreso por parte del paciente.
4. Cumplimiento de medida judicial.

Se excluye a los pacientes que presenten:

5. Discapacidad que dificulte el normal desarrollo de las actividades del programa.
6. Trastorno por uso de sustancias como único diagnóstico y sin evidencias de alteración psiquiátrica.

VIII. ESTANCIA MEDIA

De 6 a 9 meses.

IX. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN Y RETORNO

1. Derivaciones procedentes de recursos de la red de salud mental y/o de la red de asistencia al drogodependiente, integradas ambas en la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

- **Procedimiento:**

1. Comunicación telefónica con la directora del centro para solicitar plaza.
2. Aportación de informe del Equipo que deriva.
3. Entrevista de evaluación.
4. Valoración técnica.
5. Ingreso.
6. Tratamiento.
7. Alta.

- Retorno a recursos de la red de salud mental y/o de la red de asistencia al drogodependiente, dependientes ambas de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

X. COORDINACIÓN

La UPD, ofrece seguimiento al alta en régimen ambulatorio y en coordinación con el/los Centro/s de Referencia.

PISOS DE PATOLOGÍA DUAL (PPD) - Madrid

I. DENOMINACIÓN

Pisos de Apoyo al Tratamiento y la Reinserción para Drogodependientes con Patología Dual.

Dirección:

María Padrino – Gerente

Raúl Izquierdo – Coordinador Técnico

II. GESTIÓN

Asociación DUAL

Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Centros con Plazas Concertadas de Cobertura Asistencial Pública

III. NATURALEZA DEL RECURSO

Centro de Media a Larga Estancia.

Desarrolla una intervención específica e integral en un recurso residencial en régimen normalizado. El tratamiento se desarrolla en coordinación con un recurso de tratamiento de primer nivel (CAID).

IV. AMBITO DE ACTUACIÓN

Comunidad Autónoma de Madrid.

V. OBJETIVOS

Lograr la estabilización del cuadro diagnóstico y potenciar el proceso de rehabilitación psicosocial del residente para favorecer su integración social.

VI. DISTRIBUCIÓN ESTRUCTURAL

Dos pisos con la siguiente distribución:

1. Área de convivencia: habitaciones, cocina, salón y aseos.
2. Área de talleres: sala polivalente.
3. Área técnica: despachos y sala polivalente.

VII. PLAZAS Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

14 plazas para pacientes varones, distribuidas en dos pisos de 7 plazas cada uno, que cumplan los siguientes requisitos:

- Trastorno mental grave o evidencia de alteración psiquiátrica en tratamiento.
- Trastorno por uso sustancias que no se encuentre en fase activa.
- Aceptación voluntaria del ingreso por parte del paciente.
- Cumplimiento de medida judicial.

Se excluye a los pacientes que presenten:

- Discapacidad que dificulte el normal desarrollo de las actividades del programa.
- Trastorno por uso de sustancias como único diagnóstico y sin evidencias de alteración psiquiátrica.
- Trastorno mental como único diagnóstico sin evidencias de trastorno por uso de sustancias.
- Alteraciones del comportamiento que dificulten el desarrollo de la convivencia en un entorno social normalizado.

VIII. ESTANCIA MEDIA

Entre 6 y 12 meses.

IX. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN Y RETORNO

- Derivaciones procedentes de recursos de la red de la Agencia Antidroga a través de lista de espera centralizada.

- **Procedimiento:**

1. Aportación de informe de derivación.
 2. Entrevista de evaluación coordinada (Psicólogo del piso / Trabajadora Social del CAID de Tetuán).
 3. Valoración técnica.
 4. Derivación al CAID de Tetuán.
 5. Ingreso en piso.
 6. Tratamiento.
 7. Alta.
- Retorno a los recursos de tratamiento de origen o asignación de nuevos dispositivos de tratamiento.

X. COORDINACIÓN

Los PPD, coordinan y centralizan en torno a sí todas las intervenciones y actividades que el residente desarrolla mientras dura su estancia en el recurso.

CONSIDERACIONES CRÍTICAS

Tras la realización del Itinerario Técnico Nacional – 2003 se ha ido generando un debate dentro de este Equipo acerca de la naturaleza de los recursos que, incluido el nuestro, se han ido diseñando para responder adecuadamente a las nuevas necesidades planteadas por este tipo de pacientes.

En este sentido disponemos de tres modelos cuyas características principales se han descrito arriba y que sintetizamos a continuación:

- **El modelo de Cataluña:** que crea unidades especializadas en el tratamiento de síndromes agudos para pacientes con Patología Dual. Así mismo trata de ubicar clínicamente el caso para devolver al paciente, una vez estabilizado, a su recurso de origen. Una novedad en este tipo de dispositivos es la apertura asistencial hacia ambas redes (drogodependencias y salud mental) así como la realización de correcciones técnicas al itinerario rehabilitador del paciente (contactándole con un nuevo recurso donde estaba siendo tratado o derivando a otro más adecuado que el dispositivo de origen).
- **El modelo de Cantabria:** que opta por la asistencia integrada en una Comunidad Terapéutica que abarca distintas fases del proceso, desde la propia desintoxicación y estabilización psiquiátrica hasta la preparación para la inserción en un medio social normalizado. La asistencia en este caso es clínica y psicosocial. Permite el diagnóstico y el adecuado abordaje multidisciplinar durante la estancia del paciente.

- **El modelo de Madrid:** que opta por la adaptación de los Centros de Asistencia Integral al Drogodependiente (CAID) junto con la creación de recursos residenciales que apoyen y consoliden el tratamiento de estos paciente.

De esta forma se crea un Programa de Atención Psiquiátrica en los CAID desde el que se estructura el tratamiento del paciente dual.

En el caso de los recursos residenciales estos no asumen un mera función educativa sino que tratan de rentabilizar al máximo su potencial técnico, de modo que se estructuran como centros de tratamiento clínico y psicosocial vinculados a la colaboración y supervisión del CAID.

De esta forma la coordinación se configura como el eje estratégico.

EL MODELO DE CATALUÑA

En relación a la naturaleza del recurso, destacamos los siguientes parámetros como fundamentales en la configuración del dispositivo:

- Alta rotación.
- Corta estancia.
- Intervención específica y puntual.

Es así que el modelo catalán apuesta por la creación de unidades específicas de hospitalización breve. En este sentido, no solo se crea una primera Unidad de Patología Dual (lo cual ya representa un importante grado de especialización) sino que la apertura de la segunda se centra, al menos en su diseño, exclusivamente en pacientes con alcoholismo.

Este modelo de atención específica apunta hacia una parcelación de la Patología Dual, desglosando cuadros diagnósticos que darían lugar a un sinnúmero de síndromes clínicos y a la consiguiente necesidad de especializar nuevos recursos para la atención a cada uno de ellos (o de sus grupos).

No obstante, el desarrollo del modelo catalán se centra en este momento en la apertura de unidades de hospitalización breve que son, desde una perspectiva psicopatológica, similares en sus objetivos clínicos a las unidades clásicas de agudos: estabilización psiquiátrica, diagnóstico y tratamiento urgente. La diferencia estriba en la existencia de una vía de comunicación con dispositivos de las redes de salud mental y de drogodependencias y en que se realizan desintoxicaciones programadas dentro del mismo centro. Las derivaciones proceden tanto de recursos de un lado como de otro y la continuación del tratamiento en el recurso adecuado se gestiona desde la propia unidad.

De este modo, entendemos que la UPD representa un recurso donde confluye la información procedente de profesionales de ambas redes vinculados a un mismo caso. En este sentido, puede representar una opción de coordinación entre profesionales, pero quizá, se corra el riesgo de que esto suceda solo mientras dure el ingreso del paciente, ya que, una vez ha sido dado de alta, éste retorna a su centro (o centros) de origen, de modo que, si el paciente recibe tratamiento en dispositivos de ambas redes, nadie garantiza la comunicación entre profesionales. Y este es un problema añadido que discutiremos más adelante: la posibilidad de adecuar las redes clásicas a los nuevos perfiles de los pacientes. Evidentemente una vez fuera de la UPD se corren los riesgos tradicionales del tratamiento en paralelo de la Patología Dual.

Por otro lado, una importante ventaja que ofrece la UPD es su capacidad para generar aproximaciones diagnósticas mientras el paciente permanece ingresado. Así mismo, la existencia de un historial del paciente permite, por un lado, la refutación de dichas aproximaciones así como la optimización de la intervención ya que será el mismo Equipo el que le asista en futuras recidivas.

En este sentido, la especialización del Equipo Técnico en pacientes duales y la oferta de un tratamiento en un centro exclusivamente diseñado para ello, permite la realización de diagnósticos más ajustados y, por tanto, la planificación de la estrategia terapéutica de continuidad subsiguiente.

De otra parte, la experiencia en el tratamiento de la Patología Dual permitirá discriminar de una manera más adecuada, si los cuadros psicopatológicos se deben a una intoxicación, a una reacción fruto de la abstinencia o a una psicopatología de base o secundaria a consumo.

Esta importante ventaja es común al recurso de Cantabria, que a continuación comentaremos y por eso lo señalamos aquí.

No obstante, y una vez que se produce el alta de la unidad nos encontramos con una vieja limitación en este tipo de casos: la inexistencia de recursos específicos de continuidad, no solo en el plano clínico sino también, y sobre todo, a nivel psicosocial. Es por ello que, a pesar de que la UPD representa un paso hacia delante en la línea de crear recursos específicos para el abordaje de la Patología Dual, su configuración actual resulta insuficiente mientras no existan recursos adaptados que permitan la continuidad de un tratamiento especializado para estos pacientes.

EL MODELO DE CANTABRIA

En cuanto a la naturaleza del recurso, destacamos en este caso:

- Intervención integral y específica.
- Media estancia.

El modelo cantabro opta por abarcar los ejes clínico y psicosocial en un tratamiento integrado dentro de un recurso específico para este tipo de pacientes. La UPD cántabra es una Comunidad Terapéutica exclusiva para el tratamiento de Personas con Patología Dual. En ella, y como se ha indicado antes, el paciente puede comenzar su tratamiento desde el principio: allí realiza la desintoxicación y es psiquiátricamente estabilizado. A continuación se diseña la estrategia de tratamiento para un plazo que oscila entre seis y nueve meses.

Esto permite contrastar y modificar las hipótesis diagnósticas iniciales. Del mismo modo, la alta supervisión del recurso y la temporalidad de la estancia posibilitan la obtención de un gran volumen de información relativa a la evolución de cada caso, lo que a su vez, dará lugar a la evaluación continua de las estrategias terapéuticas así como a la realización de las correcciones técnicas que sean necesarias.

Por lado, entendemos que la configuración del recurso ofrece un nuevo elemento de rentabilidad en la medida en que permite la realización de estudios longitudinales sobre el origen, evolución y curso de los trastornos.

Ahora bien, es esa misma configuración la que plantea algunos inconvenientes:

- Si bien los pacientes disponen de un tratamiento que abarca las primeras fases y continua hasta una etapa que favorece la reinserción social, la continuidad del tratamiento específico e integrado no se garantiza después del alta, ya que no existen recursos clínicos o psicosociales específicos para ellos.

- La alta protección que representa un recurso del tipo Comunidad Terapéutica, e incluso el adecuado ajuste del tratamiento mientras dura la estancia, puede comprometer la estabilidad del caso al alta una vez que regresa a su entorno convivencial normalizado. Este riesgo, clásico tras los tratamientos en entornos altamente protegidos, no se corrige en este caso.

Consideramos en este sentido que se compromete la gradación en uno de los parámetros centrales del proceso rehabilitador: el eje protección – exposición. De hecho, pensamos que deberían existir recursos de continuidad especializados para pacientes duales que apoyarán este proceso (no necesariamente de naturaleza residencial, aunque sí resultan adecuados tras un tratamiento en entorno residencial altamente protegido).

- El alto grado de especificidad e integración del tratamiento, provoca que todo el proceso se lleve a cabo dentro del recurso. Solo cuando se produce la recepción de una solicitud de plaza o cuando se produce el alta del paciente se contacta con los profesionales de la red de salud mental o de drogodependencias. Mientras dura el tratamiento la UPD no necesita coordinarse con el centro de origen o de destino, con lo que se pierde un canal de coordinación que podría acercar a los profesionales de los centros ambulatorios a la realidad de los pacientes duales.

La consecuencia es que la UPD asume el tratamiento especializado pero el paciente al alta regresa a una red asistencial (o a ambas) no adaptadas por su propia naturaleza al tratamiento de la Patología Dual.

En el caso en que el paciente reciba asistencia en ambas redes, salud mental y drogodependencias, se vuelve a correr el riesgo de que el paciente reciba un tratamiento en paralelo (después de haber recibido un intenso y adecuado tratamiento integral).

Acerca de la naturaleza del recurso, destacamos los siguientes elementos:

- Intervención específica e integral.
- Larga estancia en entorno social normalizado.
- Coordinación con el CAID (Centro de tratamiento ambulatorio).

En Madrid, se está desarrollando una estrategia de adecuación de los centros ya existentes para asimilar los casos de Personas con Patología Dual. Es de esta forma como surge el Programa de Atención Psiquiátrica de los CAID.

De otra parte se abren Pisos de Apoyo al Tratamiento y la Reinserción para Personas con Patología Dual en contextos sociales normalizados. Esto obliga a que se estructure una línea de intensa coordinación entre el CAID como recurso de referencia para el tratamiento y el piso, que no solo asume un papel educativo sino que desarrolla labores de ajuste, contención y seguimiento clínico.

Este modelo permite el flujo de información entre profesionales de diversos recursos y hace del piso un eje coordinador de cuantas intervenciones se estén desarrollando sobre un paciente. El esfuerzo en este sentido es mayor, porque el tratamiento no queda centrado en un único dispositivo (lo que plantea algunas dificultades: riesgo de duplicar intervenciones, dificultad para establecer quién dirige la intervención, peligro de que el paciente se fatigue, etc.) y hace depender de la coordinación, como eje en sí mismo, buena parte del tratamiento.

No obstante, hace posible que el paciente se integre en un tratamiento altamente normalizado, acudiendo a sus citas ambulatorias, en cuyo régimen continuará posteriormente su tratamiento, pero teniendo como referente un recurso residencial especializado en el abordaje terapéutico de su trastorno. De este modo, el paciente con Patología Dual va asumiendo un creciente grado de autonomía con un apoyo que se va retirando progresivamente.

Ahora bien, el piso no deja de ser un recurso de alta protección, con supervisión educativa durante todo el día a lo largo de todo el proceso. Esto vuelve a plantear problemas al alta, cuando el paciente, a pesar de haber adquirido una buena vinculación con el centro ambulatorio, regresa a su entorno convivencial sin haber pasado por recursos residenciales de protección modulada.

La propia configuración de piso normalizado, exige un grado de autonomía y competencia que en muchas ocasiones no posee el paciente dual. Esto obliga a reducir la población objetivo que puede beneficiarse del programa, para lo cual deben realizar procesos de rehabilitación previos que, si bien tratan de adaptarse a las peculiaridades de estos pacientes, no son específicos para su tratamiento.

Entre las ventajas, también encontramos la capacidad de observar en el tiempo al paciente, con lo que se pueden contrastar hipótesis diagnósticas y realizar correcciones técnicas que ajustarán el caso. Así mismo, la configuración del recurso permite obtener información sistemática para la posterior realización de documentos técnicos.

No obstante la naturaleza del recurso existente en este momento plantea limitaciones evidentes: es un recurso residencial especializado, pero de transición, donde no existe un recurso específico de capacitación previa (donde se pueda estabilizar al paciente o lograr su abstinencia) y donde tampoco existe un recurso de continuidad que no sea el centro ambulatorio que incorpora nuevos programas para adecuar su atención a estos pacientes.

EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DUAL

Entendemos el tratamiento del paciente con Patología Dual como un proceso fluctuante que se desarrolla a largo plazo, y que por tanto, va a precisar de recursos de diversa índole que se ajusten al momento evolutivo de la patología.

Partiendo de esta premisa (en la que coinciden todos los profesionales que se dedican a la asistencia de este tipo de pacientes) cobra sentido el concepto de Itinerario Rehabilitador. Se trata del diseño y desarrollo de diversas fases del tratamiento que variarán en función de las necesidades de cada paciente. Este Itinerario Rehabilitador será variable y estará sujeto a continuas evaluaciones y a las correspondientes correcciones técnicas.

Por otro lado, si reconocemos la peculiaridad que en sí misma supone la Patología Dual, y si estamos en condiciones de reconocer que como tal plantea necesidades específicas, precisaremos para el diseño y posterior desarrollo del Itinerario Rehabilitador de un mayor número de recursos y programas específicos para el abordaje integral de este problema.

Y es en este punto, donde ya desde nuestra práctica encontramos carencias asistenciales: no existen recursos ni programas adaptados para el desarrollo de un itinerario que cubra mínimamente las necesidades de los pacientes. Y desde luego es ingenuo pensar que el paciente dual clínicamente estabilizado puede beneficiarse de los recursos destinados para la población normal o para otro tipo de población (centros de formación ocupacional, recursos residenciales, servicios de búsqueda de empleo, centros de día, etc).

Esto, como señalábamos en las consideraciones críticas anteriores hace que los recursos en los que se centran los diferentes modelos autonómicos, sean exclusivos dentro de las estrategias asistenciales, y obliga a que el itinerario rehabilitador del paciente dual, dependa de dispositivos o programas no específicos para su tratamiento (habitualmente centros de salud mental, centros atención al drogodependiente, comunidades terapéuticas no adaptadas, pisos de estancia no adecuados, etc).

Por otro lado, nos encontramos con un argumento razonable que compartimos todos: no tendría sentido construir una tercera red de asistencia, al margen de las ya existentes para drogodependientes o para enfermos mentales. Pero lo que sí es cierto es que exigir al paciente dual que se asimile a redes no diseñadas para su tratamiento, podría desbordar los recursos hasta ahora existentes (como ya ha empezado a suceder) y no satisfaría las necesidades de esta población.

Una alternativa a este estado de cosas, sería el diseño y puesta en marcha de recursos y programas específicos que den cobertura a distintas fases del proceso de tratamiento. Se trataría de recursos piloto, como los que se están creando en diferentes autonomías, desde los que generar programas específicos que permitan adaptar los recursos ya existentes a las necesidades de este colectivo. Y aquí volvemos a encontrar dificultades.

• **Sobre la conceptualización de la Patología Dual**

La primera de las dificultades surge de la propia concepción de Patología Dual entre profesionales: mientras que nosotros, en esta entidad, la concebimos como una configuración patológica en sí misma, que es cualitativamente distinta de la suma de los ejes que la componen, otros profesionales consideran que la patología dual es la consecuencia de un trastorno mental encubierto o manifiesto, y otros que se trata del impacto de los nuevos patrones de consumo. Ya en esto, los técnicos que nos dedicamos al tratamiento diferimos.

Ahora bien, existe también controversia sobre el tipo de trastorno mental que se debe considerar en la configuración de un cuadro dual: hay quien afirma que solo deberían ser susceptibles de tratamiento los pacientes del Eje I, excluyendo así a todos los trastornos de personalidad. Tampoco existe acuerdo sobre si la patología dual ha de abarcar los patrones de uso, abuso o dependencia en cuanto a la patología adictiva, o solamente el último de ellos.

• **Sobre la prospección de necesidades**

Una de las constantes observadas en los dispositivos visitados durante el Itinerario Técnico, y que compartimos desde esta entidad, es que la creación de dispositivos para el tratamiento de estos pacientes no se ha realizado sobre la base de ningún estudio de prospección de necesidades. Tanto es así que en Cataluña encontramos unidades hospitalarias de corta estancia, en Cantabria comunidades terapéuticas adaptadas y en Madrid pisos de apoyo al tratamiento vinculados al Centro Integral de Atención al Drogodependiente.

La diferencia en el establecimiento del punto de partida es notable:

- Cataluña apuesta claramente por la intervención clínica específica que desde un punto de vista psiquiátrico, realiza una intervención puntual.
- Madrid se centra en el abordaje específico desde un punto de vista clínico y psicosocial. La intervención psiquiátrica se presta en los CAID a través del Programa de Atención Psiquiátrica, y en el piso se realiza una labor clínica de seguimiento, contención y asistencia en crisis, así como un intenso proceso de rehabilitación psicosocial, aspectos que están permanentemente coordinados con el Equipo Multidisciplinar del Centro de Referencia.

- Cantabria integra ambas intervenciones, clínica y psicosocial, en un mismo recurso, y de forma longitudinal, pero solo en una fase del proceso (el tiempo que dura la estancia en comunidad).

Consideramos que sería necesario conocer mejor a esta población antes de diseñar un recurso piloto, aunque sí entendemos que el propio recurso experimental y el desarrollo de su intervención en el tiempo, permitirán ir conociendo las necesidades de los pacientes (ahora bien, de los que son susceptibles de ser tratados en él y no del resto).

El problema de diseñar un recurso sin haber realizado antes un estudio de necesidades es evidente: el recurso se diseña (a veces intuitivamente, a veces basado en modelos previos que se adaptan) y es el paciente el quien se ajusta a ese diseño técnico, y no al revés.

En algunas ocasiones serán las peculiaridades de este tipo de paciente las que obligarán al recurso a realizar modificaciones técnicas para tratar de satisfacer sus necesidades. En otras ocasiones, el paciente susceptible de beneficiarse del recurso específico representa solo a un subgrupo de esta población, quedando fuera el resto de personas con patología dual.

El conocimiento de las necesidades que plantea esta población es cada vez mayor, pero ¿cómo sabemos que el recurso que diseñamos es el más adecuado para el mayor número de pacientes? Solo un correcto estudio de este colectivo permitirá diseñar los recursos y programas específicos que respondan adecuadamente a las necesidades de este colectivo.

• Sobre los niveles de tratamiento

Otro debate pendiente entre los profesionales vinculados al tratamiento de personas con patología dual es el de la descripción de los niveles de intervención. Este aspecto está íntimamente ligado al de la conceptualización de la Patología Dual, ya que en función de cómo entendamos el trastorno concebiremos la intervención. Es decir, si pensamos que la patología dual es un problema fundamental o exclusivamente clínico, diseñaremos recurso de esa naturaleza. Ahora bien, si reconocemos que el trastorno afecta a otras esferas, o más aún, que esas áreas afectan decisivamente la estabilidad clínica, optaremos por otro tipo de planteamiento.

Sobre la etiología del trastorno no discutiremos aquí, ni entraremos en la polémica conceptual sobre la preponderancia clínica de la patología dual. Preferimos centrarnos en que una vez configurado el cuadro dual como tal, el tratamiento debe ser multinivel y por tanto ha de abarcar:

- Intervención clínica: para lograr y mantener la estabilización del paciente en ambos ejes (psicopatología y drogodependencia).
- Intervención psicosocial: que aborde necesidades de todo tipo durante el itinerario rehabilitador.
- Cobertura social: que consolide los logros alcanzados durante el proceso y no ponga al paciente en una situación de riesgo de exclusión que terminará inevitablemente en un proceso de recaída global.

• Sobre los niveles de gestión administrativa

En relación a lo anterior, entendemos que la propia complejidad de la patología dual, que vincula un problema de drogas y un trastorno psicopatológico, implica a las propias estructuras de gestión administrativa de cada autonomía. El establecimiento y la definición de las administraciones competentes repercute de forma decisiva en el diseño y gestión de los diferentes recursos y programas.

Los dispositivos analizados en este documento dependen de distintos órganos administrativos en función su política autonómica. Así tenemos:

- Cataluña: las UPD dependen del Servicio de Salud Mental.
- Cantabria: la UPD depende de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.
- Madrid: los PPD dependen de la Agencia Antidroga, órgano autónomo e independiente de la Consejería de Sanidad.

Consideramos fundamental que en el diseño de recursos para el tratamiento de personas con patología dual estén integradas las administraciones que gestionan la red de salud mental y la red de drogodependencias en cada región. Solo en Cantabria parece que esto sucede así.

La importancia de este entendimiento entre administraciones se observa en la práctica profesional diaria, ya que la no vinculación de ambas estructuras en el diseño y la gestión de los recursos representa la certificación a nivel institucional del tratamiento en paralelo (cuando no secuencial) como una alternativa real para el abordaje terapéutico de la patología dual. Parece obvio, que si no existen o no se disponen canales de comunicación entre las propias administraciones no podemos exigir a los profesionales de cada red un esfuerzo de coordinación permanente con compañeros de otros dispositivos en la gestión técnica de cada caso. En esta ocasión, es la propia vertebración del sistema asistencial la que plantea dificultades para la creación y desarrollo de recursos y programas específicos e integrales en el tratamiento de la patología dual.

A lo largo del presente documento hemos mencionado la necesidad de diseñar un mayor número de recursos y programas, y también hemos aludido a algunas fórmulas para satisfacer las necesidades del creciente colectivo de personas con patología dual en relación a la gestión de un itinerario rehabilitador completo. Nosotros distinguiremos entre dos estrategias no incompatibles:

- El diseño y la apertura de nuevos recursos: de naturaleza específica e integral, que abarquen fases estratégicas del proceso de tratamiento. Aunque, en principio, esto puede sugerir o apuntar hacia la creación de una nueva red (independiente de la de salud mental y de la drogodependencias), a nosotros no nos parece inadecuado que se vertebre una red mínima de recursos que en ningún caso aspiraría a alcanzar la magnitud de las ya existentes. Para que esta estrategia resulte rentable a todos los niveles, esta red mínima debe ocupar una posición intermedia y servir de eje coordinador entre las ya existentes. Esta estrategia resolvería algunos problemas: orientaría la gestión de los casos hacia la intervención integral, facilitaría la comunicación Inter-redes y asumiría la responsabilidad de vincular técnicamente a profesionales de procedencias diferentes.

Pero para que esta red mínima pudiera realizar sus funciones con garantías, sería necesario contar con el apoyo institucional de los representantes de las administraciones implicadas en cada tratamiento.

Por otro lado la red habría de abarcar entre sus recursos todos los niveles de intervención.

- El diseño de nuevos programas para la atención a este colectivo: no solo su desarrollo dentro de la red anterior sino para incorporarlos dentro de los recursos ya existentes en las dos redes y adaptar progresivamente estos dispositivos a la atención de pacientes con patología dual.

INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS: UNA APUESTA POR LA COHESIÓN

Para finalizar este documento, debemos señalar el acuerdo con los responsables de todos los recursos visitados en señalar la importancia de desarrollar iniciativas que permitan el intercambio de experiencias entre los técnicos vinculados al tratamiento de la patología dual.

De hecho la iniciativa representada por el Itinerario Técnico – 2003 ha tenido entre los recursos visitados una gran acogida, especialmente por lo que implica no solo en cuanto a presentación de dispositivos sino, sobre todo, a intercambio de conocimientos adquiridos en la experiencia de todos aquellos que desarrollamos nuestra actividad profesional en recursos específicos para el tratamiento de la patología dual.

Este mismo documento certifica la utilidad y la rentabilidad de este tipo de iniciativas de acercamiento técnico, en la medida en que permite realizar una presentación sintética de los dispositivos existentes en la actualidad y, a su vez, realizar consideraciones críticas sobre la configuración de los recursos hasta hoy diseñados apuntando hacia la necesidad inminente de crear otros nuevos de diversa naturaleza.

En este sentido, consideramos que sería de gran utilidad la realización de jornadas para favorecer este intercambio y la generación de grupos de trabajo entre profesionales de distintas autonomías que están desarrollando proyectos diferentes dirigidos a un mismo colectivo: las personas con patología dual.