

## Resum

Actualment es considera el trastorn per ús de substàncies (TUS) com una tipologia de trastorn mental, això no obstant, al llarg de l'article es reflecteixen els conceptes de salut mental i de drogodependències separats, atès que s'atenen des de circuits diferenciats com el CAS (Centre d'Atenció i Seguiment) i el CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults). El concepte de patologia dual es té cada vegada més en compte en recursos tant d'atenció a drogodependències com de salut mental. Com es destaca a l'article, hi ha una tendència a unificar aquestes dues xarxes creant una atenció més específica i individualitzada. Cal subratllar que tant l'accessibilitat cada vegada més gran a les substàncies tòxiques com un augment de la manipulació d'aquestes substàncies, amb la qual s'aconsegueixen més efectes amb menys quantitat, incideixen en l'aparició i/o augment de malalties mentals. Així, l'atenció tant hospitalària com en entitats socials canvia a marxes forçades i dona pas a la creació de recursos especialitzats i a la necessitat d'una formació continuada per part dels professionals. Aquest article posa de manifest la prevalença en diagnòstics de patologia dual i descriu les vivències i situacions que experimenten les persones diagnosticades, rescatant experiències professionals i recursos de diferents àmbits destinats a aconseguir estabilitat i tenir cura de la dignitat de les persones implicades.

**Paraules clau**

Salut mental, drogodependències, intervenció integral, autoconeixement, rehabilitació.

### Patología dual. Definición, historia y recursos

*Hoy en día se considera el trastorno por uso de sustancias (TUS) como una tipología de trastorno mental, sin embargo, a lo largo del artículo se reflejan los conceptos de salud mental y de drogodependencias separados, ya que se atienden desde circuitos diferenciados como el CAS (Centro de Atención y Seguimiento) y el CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos). El concepto de patología dual se tiene cada vez más en cuenta en recursos tanto de atención a drogodependencias como de salud mental. Como se destaca en el artículo, existe una tendencia a unificar estas dos redes creando una atención más específica e individualizada. Cabe subrayar que tanto la accesibilidad cada vez mayor a las sustancias tóxicas como una mayor manipulación de las mismas, con la que se consiguen más efectos con menos cantidad, inciden en la aparición y/o aumento de enfermedades mentales. Así, la atención tanto hospitalaria como en entidades sociales cambia a marchas forzadas dando paso a la creación de recursos especializados y a la necesidad de una formación continuada por parte de los profesionales. Este artículo pone de manifiesto la prevalencia en diagnósticos de patología dual y describe las vivencias y situaciones que experimentan las personas diagnosticadas, rescatando experiencias profesionales y recursos de diferentes ámbitos destinados a lograr estabilidad y cuidar la dignidad de las personas implicadas.*

**Palabras clave**

Salud mental, drogodependencias, intervención integral, autoconocimiento, rehabilitación.

### Dual pathology. Definition, history and resources

*Nowadays, substance use disorder (SUD) is considered a type of mental disorder. Nevertheless, this article discusses the concepts of mental health and drug addiction separately, as care for them is provided in Catalonia by different systems: CAS (Care and Monitoring Centres); and CSMA (Adult Mental Health Centres), respectively. The concept of dual pathology is taken more and more into consideration in resources both for drug addiction and mental health services. As noted in the article, there is a tendency to unify these two networks in order to provide more specific and individualised care. The article notes that both ever-greater accessibility to toxic substances and the increasing manipulation of them, with the result that users obtain more effect from less quantity, has an effect on the appearance and/or increase of mental illness. Consequently, the care provided by both hospitals and associations is changing at a rapid pace, with the creation of specialised resources and the need for continuous worker training. This article highlights the prevalence of dual pathology in diagnoses and describes the experiences and situations of people diagnosed with it, as well as describing professional experiences and resources from different areas, all aimed at achieving stability and safeguarding the dignity of the people involved.*

**Keywords**

Mental health, drug addiction, integrated intervention, self-awareness, rehabilitation.

**Com citar aquest article:**

González Méndez, Gemma (2020). Patologia dual. Definició, història i recursos. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 77-92.

## ▲ Breu ressenya històrica

L'atenció a la salut mental va experimentar un punt d'inflexió quan es va produir un canvi de visió vers les persones que patien un trastorn mental. Un canvi que va passar de la institucionalització, la marginació i la posterior privació de drets a una visió inclusiva, humana i que respectava els drets de les persones afectades d'un trastorn mental.

Amb la Llei de 1904 es protegia la societat de les persones diagnosticades amb algun tipus de trastorn mental. S'encomanava a un metge que certifiqués el diagnòstic mental, i la justícia local s'encarregava de privar la persona de tots els seus drets (Torreblanca, Amorós i Crende, 2004).

El canvi es va produir el 1971, any en què Franco Basaglia (Ruiza, Fernández i Tamaro, 2004), metge italià, assumeix la direcció d'un hospital de psiquiatria a Trieste, Itàlia, i proposa canvis per als interns, fet que va donar pas a una reforma psiquiàtrica que es concreta en la Llei 180/1978, de 13 de maig de 1978, a Itàlia (Muniz Pérez, 2017; Correa, Evia-Mónica, Jiménez-Alicia, Piazza-Natalia i Rodríguez-Tamara, 2015).

A Itàlia aquests esdeveniments van donar lloc a la definició de funcions i serveis entre administracions i departaments de salut mental, retornant els drets a les persones internades (Ruiza, Fernández i Tamaro, 2004).

Aquests canvis tingueren repercussions, algunes de les quals es van veure reflectides en el canvi de perspectiva i en l'atenció prestada a les persones diagnosticades de malaltia mental. Es va deixar d'internar persones que no donaven el seu consentiment, es van suprimir les teràpies invasives i els sistemes de contenció física i es van crear espais mixtos durant l'internament, entre altres mesures aleshores prou revolucionàries

En aquest període, el Dr. Basaglia proposa com un probable factor de risc per patir un trastorn mental el conflicte social que pugui patir una persona. Aquesta proposta condueix a hipòtesis segons les quals el consum o abús de substàncies tòxiques, majoritàriament produït en contextos socials desadaptatius, pot tenir el seu origen justament en aquests contextos socials –sumat a altres factors de risc– i pot estar estretament relacionat amb el debut d'altres patologies mentals comòrbides en produir-se un deteriorament social significatiu durant el consum prolongat de substàncies tòxiques (García, 1978).

Malgrat que la població pugui tenir, en general, la percepció que el consum puntual o experimental de substàncies no genera un trastorn per ús de substàncies (TUS) o altres diagnòstics mentals, com abans s'inicia el consum, més probabilitat hi ha d'augmentar-ne la quantitat i la varietat, fet que pot instaurar patrons de dependència i en alguns casos pot desencadenar els trastorns esmentats (Vicario i Romero, 2005).

El consum d'una substància per aconseguir un objectiu pot arribar a generar mecanismes interns de dependència, tot i que la persona consumidora consideri que aquest consum és experimental, no tingui consciència d'addicció i no tingui diagnosticat un trastorn mental.

Les drogues en general són substàncies capaces de modificar respostes físiques i químiques dins l'organisme mitjançant una acció directa en el sistema nerviós central que altera les diferents estructures fisiològiques normals (Domenech, Mann, Strike, Brands i Khenti, 2012, p. 146, cit. en Morera *et al.* 2015).

Pel que fa a les drogodependències, a finals dels anys seixanta ja s'havia detectat un increment notable del consum d'alcohol en la societat espanyola. És a partir del 1975 que s'observa una expansió massiva en el consum de drogues il·legals, entre les quals destacava l'heroïna, especialment a principis de la dècada dels vuitanta. Deu anys més tard, el 1986 s'aprova el Pla Nacional sobre Drogues al país davant la gran demanda de necessitat assistencial i de la creació de recursos especialitzats en la matèria, coincidint amb un procés de canvi cap a la democràcia. Cal destacar en aquesta època les comunitats de Catalunya i el País Basc, ja que van ser les primeres regions a iniciar una assistència integral entre diversos professionals i a connectar diferents xarxes i recursos (Martín, 2007). L'atenció es presta, entre d'altres, en les anomenades granges (Proyecto Hombre, 1984; Reto, 1985; Nueva Frontera, 1993), on es tractaven les persones amb addiccions lluny dels entorns urbans i del sistema familiar i social que coneixien. Alguns d'aquests centres tenien un caràcter i una vinculació religiosos i s'establien i es diferenciaven per tipologia d'addiccions i de professionals, per problemàtica social i/o per causes personals; per exemple, la Fundació Salut i Comunitat tractava específicament l'addicció a l'alcohol i a la cocaïna.<sup>1</sup> La comorbiditat entre un trastorn per ús de substàncies i altres trastorns mentals continua la seva evolució i encara no s'hi albira un final.

Algunes persones que pateixen un trastorn mental fan servir les drogues legals per suportar alguns símptomes produïts pel trastorn i viceversa, algunes persones amb addiccions acaben desenvolupant patologies mentals que les converteixen en usuàries de recursos específics com els que tracta aquest article. La relació de causa i efecte entre addiccions i altres trastorns mentals pot ser vista, en alguns casos, com una espiral que no s'atura mai.

Sol passar que la persona té períodes més estables, motiu pel qual pot tenir una sensació de control de la seva vida i, en altres períodes, a causa de l'evolució de la malaltia, de l'augment de consum, d'un canvi en l'ús de les substàncies o per causes sistèmiques o de l'entorn, la persona pot caure en picat. Aleshores cal valorar si preval l'addicció o el trastorn mental i s'ha de decidir si se la interna o si es fa ús dels recursos d'una xarxa o d'una altra.



El consum d'una substància per aconseguir un objectiu pot arribar a generar mecanismes interns de dependència, tot i que la persona consumidora consideri que aquest consum és experimental

Cal valorar si preval l'addicció o el trastorn mental i s'ha de decidir si se la interna o si es fa ús dels recursos d'una xarxa o d'una altra

## Què entenem per patologia dual?

Parlem de patologia dual quan una persona pateix dues patologies alhora. Així doncs, tenen patologia dual les persones que pateixen un trastorn per ús de substàncies (TUS) o addiccions comportamentals i un altre tipus de patologia mental al mateix temps. Les addiccions no només fan referència a les drogodependències, legals o no, sinó també a addiccions de tipus comportamental com la ludopatia, la vigorèxia, l'addicció a Internet, etc. (Szerman i Martinez-Raga, 2015).

Quant als trastorns mentals, podem parlar, d'una banda, de persones que no patien cap trastorn o no havien estat diagnosticades i, com a conseqüència del consum de drogues, l'han desenvolupat; i, d'altra banda, de persones que ja havien estat diagnosticades d'alguna malaltia mental i, quan desenvolupen una addicció, sigui perquè patien aquest trastorn o no, han necessitat un nou diagnòstic en salut mental atès que han desenvolupat un altre trastorn diferent al que tenien o han potenciat el que ja patien prèviament.

Es tracta de pacients complexos atesa la dificultat del tractament, tant pels trets de personalitat que els caracteritza com pels diferents escenaris que ambdues patologies poden presentar.

A continuació citarem algunes de les realitats amb què ens podem trobar en la pràctica professional.

- La persona pot ser més vulnerable a patir un trastorn mental, fet que pot desencadenar que comenci a consumir drogues. Pot assumir i/o reconèixer-se com a beneficiari d'atenció en salut mental però no de tractaments en drogodependències pel fet de no identificar-se com a drogodependent.
- La persona pot desenvolupar una addicció i, a causa del consum de substàncies, pot produir-se una patologia mental, però pot ser que no ho assumeixi ni que s'hi identifiqui i que mantingui un consum desenfrenat.
- La manca d'informació o formació i una possible incomprensió de l'entorn familiar pot agreujar les dues patologies.
- Sovint la família o els referents claudiquen o continuen acompanyant, esgotats pel procés de la persona, observant en massa casos una autodestruïció del seu ésser estimat.
- La dificultat de relació amb la persona com a conseqüència de la seva conducta en l'entorn familiar pot desencadenar processos judicials d'incapacitació. Aleshores passa a ser una entitat o un fundació tutelar la que assumeix la responsabilitat de tenir-ne cura.
- El fracàs, l'abandó, el cessament o baixa d'un recurs de drogodependències sovint es pot produir com a conseqüència mateix de la malaltia mental. Passa el mateix en recursos de salut mental quan la persona té una recaiguda o no demostra una abstinència consolidada.

- Sovint el nivell d'autonomia i autoconeixement per al qual es treballa en recursos de reinserció de drogodependències és difícil de mantenir al llarg del tractament o impossible d'assolir.
- La persona es cansa d'entrar i sortir d'unitats hospitalàries de psiquiatria i/o de recursos socials d'atenció a les dues xarxes sense acabar de trobar quin és el seu lloc.



De vegades el recorregut s'allarga i no s'albira un final des del moment en què la persona comença a consumir, primer amb un consum experimental o ocasional usant certes substàncies, passant a realitzar consums habituals i compulsius, creant així una dependència, fins que desenvolupa algun tipus de trastorn mental, més lleu o sever.

Sobre trets de personalitat, Marquez-Arrico i Adan (2013) citen les característiques següents: més recerca de sensacions, impulsivitat i craving sever, evitació del dany i neuroticisme i menys persistència, influint a mantenir una abstinència prolongada i a obtenir èxit en tractaments establerts, autodi-recció, autotranscendència i cooperació, donant lloc a conductes més desadaptatives que a categories úniques de persones diagnosticades només de trastorn mental o de trastorn per ús de substàncies.

Cal afegir-hi, amb tot, una manca de consciència d'addicció i/o de malaltia mental i una dificultat en el maneig de la seva malaltia mental amb un desco-neixement sobre com anticipar-se a les crisis que puguin patir.

## En quin punt som actualment?

L'evolució, tant de la xarxa d'atenció sanitària i recursos socials per a persones diagnosticades amb alguna malaltia en salut mental com la xarxa de drogodependències i la mobilització de persones i familiars afectats dona el seu fruit i assenta moltes de les bases que encara existeixen avui dia. Per bé que encara hi ha una part de totes dues xarxes que encara està separada, cada vegada són més els recursos que s'adapten i canvien, ampliant una visió integradora i obrint-se a persones diagnosticades en patologia dual. I malgrat que cada recurs dels que enumerarem pertany a la seva xarxa i al seu àmbit, en tots els centres podem trobar persones que han tingut o tenen recorregut en un àmbit i en l'altre.

A Catalunya disposem de diversos recursos especialitzats en salut mental<sup>2</sup>: unitats hospitalàries d'aguts, unitats de subaguts, unitats d'alta dependència, residències, pisos tutelats, unitats de psicogeriatria, hospitals de dia, serveis de rehabilitació comunitària, centres de dia, clubs socials, reinserció socio-laboral específica, entitats dedicades a l'esport integrat, grups d'autoajuda i activitats socials on les persones s'interrelacionen, comparteixen i posen de manifest els seus drets. Hi ha associacions de familiars de diferents trastorns

**Cada vegada són més els recursos que s'adapten i canvien, ampliant una visió integradora i obrint-se a persones diagnosticades en patologia dual**

per donar-se suport, rebre formació, fer reivindicacions al sistema perquè els recursos siguin cada vegada més específics i perquè la veu de les persones que tenen a càrrec sigui escoltada.

Cada vegada es dona més visibilitat a la comunitat, participant en programes de televisió i ràdio, en esdeveniments socials, festes de barri o en districtes de les ciutats. Es fan tallers de prevenció i de presentació de malalties mentals en instituts d'educació secundària i batxillerat i cal destacar que cada vegada són més visibles les empreses que incrementen la reinserció social contractant o creant llocs de treball específics per a persones amb alguna discapacitat. La xarxa de professionals creix i s'estableix en reunions de circuit on, de manera continuada, es reuneixen professionals de les diferents fases per les quals pot passar la persona afectada, sigui ingressada de manera hospitalària i assistencial, ambulatoria, lúdica i/o social.

Pel que fa als recursos en drogodependències<sup>3</sup>, les entitats socials guanyen protagonisme. Les antigues granges passen a anomenar-se comunitats terapèutiques i es crea la Federació Catalana de Drogodependències (FCD), nascuda el 1985 per professionalitzar aquests centres i donar veu als familiars d'usuaris i consumidors de drogues, així com per visibilitzar la problemàtica a nivell polític i social. Actualment està formada per unes vint-i-cinc entitats que duen a terme prevenció, atenció, tractament i inserció social. Es tracta d'entitats que asseguren una atenció especialitzada, debatuda i desenvolupada a consciència tot aplicant criteris d'ètica professional. Per tal de donar a conèixer el treball que s'ha dut a terme, aquestes entitats organitzen jornades en què també visibilitzen les necessitats en què encara cal continuar treballant. A nivell hospitalari es consoliden els centres d'atenció i seguiment a persones drogodependents (CAS), els programes de reducció de danys, les unitats mòbils i les sales de venopunció i consum. Hi ha també les unitats de desintoxicació i els programes pilot, com ara la unitat de crisi, l'hospital de dia d'addiccions i centres de dia, les entitats dedicades a l'esport especialitzat, els pisos de reinserció, els programes de suport a la vida autònoma, els clubs socials i l'atenció en reinserció. En tots s'hi intervé tant en prevenció a nivell comunitari, assistint a diferents escoles i instituts, com en reducció de danys, en tractament del consum de drogues i d'addiccions comportamentals tant a nivell individual com familiar. S'estén tot professionalitzant-se en sectors de població que poden ser considerats fràgils o d'alt risc, com discapacitats intel·lectuals, menors o persones consumidores amb menors a càrrec, dones i violència de gènere associada al consum de drogues, etc.

La intervenció amb pacients diagnosticats de patologia dual pot requerir més recursos dels previstos inicialment i pot acabar amb l'abandó voluntari o el cessament del tractament, cosa que comporta en alguns casos la pèrdua del sentit i de la confiança de la persona i pot generar impotència pel fet de no saber què fer o com actuar. D'una banda, això fa palès la importància de l'enfocament d'un tractament tant per a la persona diagnosticada com per al sistema i els referents que l'envolten, de manera que la perso-

na es vegi immersa en el tractament fixant objectius comuns en el seu pla d'intervenció. D'altra banda, ens convida a reflexionar sobre la flexibilitat o la temporalitat de les estades en recursos tant socials com sanitaris per poder abordar les dificultats que es puguin produir.

I és que, com bé s'ha dit anteriorment, tant en salut mental com en drogodependències existeixen dues problemàtiques. Si veiem el perfil d'algun hospital de dia de psiquiatria, hi trobem persones que consumeixen en l'actualitat o han consumit, i això és un objectiu a tractar en el pla de tractament individual dins de la seva patologia. Els centres de drogodependències es constaten cada cop més com a centres especialitzats en aquestes dues patologies. Així mateix, als hospitals es creen unitats de patologia dual específica o llits amb aquesta finalitat per tractar-hi diagnòstics duals. Segons dades aportades al *Libro blanco sobre los recursos para pacientes con patologia dual en España* (2015, p. 8):

S'estima que un 27% de la població adulta, d'entre 18 i 65 anys, ha experimentat com a mínim un trastorn mental durant l'any passat, incloent-hi trastorns relacionats amb el consum de substàncies, les addiccions, psicosi, depressió, ansietat i trastorns alimentaris (OMS [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)).



## Unitats de patologia dual (UPD) i creació del centre de salut mental i addiccions (CSMIA)

Tal com s'ha esmentat anteriorment i tenint en compte la necessitat i demanda creixent d'atenció per a persones amb patologia dual, el 2001 es crea, a l'Hospital Sagrat Cor de Martorell, una primera unitat de patologia dual integrada en unitats de psiquiatria amb finançament públic, destinada a atendre casos de trastorns mentals comòrbids amb els derivats d'altres substàncies com l'alcohol. El 2002 a la mateixa entitat, es presenta una nova unitat de patologia dual i alcoholisme de Benito Menni (complex assistencial en salut mental, Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús) a Sant Boi de Llobregat (San Molina, Solé Puig, 2003).

Avui dia podem trobar unitats hospitalàries d'aquest tipus a Reus (Clínica Psiquiàtrica Universitària, Institut Pere Mata), a Girona (Institut d'Assistència Sanitària) i a Barcelona, dues unitats, al Centre Dr. Emili Mira i al Centre Fòrum (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar).

Els fets esmentats orienten i desenvolupen una atenció integral de les dues patologies a nivell hospitalari. Sorgeix també la unió entre els dos serveis que donen suport de manera ambulatoria a pacients de centres de salut mental per a adults (CSMA) i de centres d'atenció i seguiment a drogodependents (CAS). Així es va crear el 2012 el centre de salut mental i addiccions (CSMIA) que pertany a l'Hospital Mare de Déu de la Mercè, situat al districte de



Gràcia (Barcelona), on se segueix de manera ambulatoria pacients de salut mental, de drogodependències o de patologia dual. La demanda creixent de llocs per a pacients de patologia dual, segons cita la Dra. Guasch, doctora i coordinadora del dispositiu, provoca que el 2017 s'ampliï a un segon CS-MIA<sup>4</sup> al mateix districte de la ciutat (Metròpoli Abierta, 2020). Amb aquest nou concepte de recurs, l'atenció passa a ser integrada i complementària, evitant una duplicitat de recursos i de professionals i buits assistencials, que es podien donar quan aquests casos estaven en terra de ningú.

El 19 d'abril del 2018 en Acta Sanitària (Irun, 2018) se cita Espanya com a país pioner i referent mundial en l'atenció a patologia dual després de la celebració de les XX Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Patología Dual (SEDP), fent referència a l'increment de persones diagnosticades i a l'augmentant l'estudi de casos. Aquest tipus de diagnòstic "es dona en un 70% dels pacients que acudeixen als serveis de salut mental i és un repte que els clínics han d'assumir, ja que genera necessitats diagnòstiques i de tractament" (Roncero, 2018).

Aquest tipus d'intervenció dual fa que les dues xarxes es plantegin de manera conjunta, realitzant una atenció global de la persona diagnosticada i aportant una visió integradora

Aquest tipus d'intervenció dual fa que les dues xarxes es plantegin de manera conjunta –malgrat que avui dia encara sigui una assignatura pendent de la configuració de l'estructura del sistema sanitari–, realitzant una atenció global de la persona diagnosticada i aportant una visió integradora. Així mateix, augmenta la visibilitat d'addiccions comportamentals, ja que també s'integren dins d'aquest diagnòstic dual.

## Intervenció de la persona amb patologia dual

El perfil de diagnosticats de patologia dual abasta totes les edats, des d'adolescents i joves fins a persones que porten un recorregut força ampli en la xarxa de salut mental o en la de drogodependències.

En primer lloc, per protocols establerts per a una primera entrevista d'exploració (López, 2010, p. 67) podem començar recollint dades biogràfiques relatives a la família, referents, rols, aliances, situacions de crisi que s'hagin pogut experimentar, malalties sofertes, etc.; dades relatives al consum i a la seva salut mental, com ara identificar patrons repetitius o diversos patrons i vies de consum, desenvolupament i canvis en el tipus de consum al llarg de diferents etapes de vida, tipus de substàncies, rituals emprats, consum acompanyat o en solitari, per a què utilitza les substàncies o quan es desencadenen addiccions comportamentals, fets vitals desencadenants tant en consum com en trastorn mental, primers diagnòstics en salut mental, nombre d'ingressos en unitats hospitalàries de les dues xarxes, així com de centres de rehabilitació i reinserció social, etc.; dades formatives i professionals, com ara fites assolides, rendiment acadèmic i formació i vida laboral, esdeveniments importants en aquest sentit, vivències en empreses i escoles,



etc. En aquesta entrevista d'exploració, ens podem trobar amb persones que se senten còmodes explicant la seva situació i història de vida o amb persones a les quals els cansa i els esgota escampar la seva biografia de consulta en consulta, segons diversos relats de persones ateses que, tot i que no poden ser considerades com a grup d'estudi significatiu, considerem que són il·lustratius. Això ens porta a reflexionar sobre com trobar els mecanismes per demanar la informació requerida pel servei al qual es pertany i des del qual s'intervé i com vincular de manera constructiva i positiva la persona (Bermejo, 2012, p. 21).



És el moment de veure en quina etapa es troba la persona, atès que els professionals de vegades podem tendir a anticipar-nos sobre el que necessita o sobre el que li aniria bé, però pot ser que no estigui per la feina, que no se sàpiga veure en un tipus de recurs o en un altre, que senti que no està preparada, que ens comuniqui que no està disposada a renunciar al tipus de vida que du o que no vegi la gravetat de l'assumpte, pot ser que tingui por i inseguretat a l'hora de facilitar les dades que administrativament es requereixen per poder realitzar la història clínica i que poden dificultar l'inici del vincle. Frases com “ha de caure més baix” o “ha de perdre més coses” o “si sempre se'l salva no renunciarà mai a res” de vegades omplen les parets dels nostres despatxos amb resignació. I és que la dificultat amb què ens trobem sovint és que fins que no es donen les conseqüències dels actes produïts pel consum o la malaltia mental sota els efectes de substàncies, la persona pot sentir que no té la capacitat d'afrontar que realment s'ha de tractar. En el fons, ha de confiar en nosaltres i en el fet que pot enfocar-se cap a un altre tipus de vida. Es podria donar una falsa seguretat en el control del consum, la dificultat de la manca de consciència i d'acceptació del trastorn mental pot portar la persona a un camí tardà en la consciència de l'addicció i en la necessitat de posar-se en mans de professionals.

Podem trobar moltes formes d'intervenir-hi, tantes com persones hi ha. Plasmar el recorregut de vida de la persona i veure en quin punt està, ajudant-la a crear i veure un futur que ella mateixa esculli, formaria part de començar a treballar des d'un altre tipus de referent, lliure de pesos i vivències del passat. Treballar la consciència, la forma com es prenen les decisions en funció de si s'està sota l'efecte de substàncies o no i generar un espai perquè torni a creure en ella mateixa i pugui crear un nou camí és una tasca significativa per començar a construir un altre tipus d'imatge interna diferent a la coneguda.

Tingues cura dels teus pensaments perquè esdevindran actes.

Tingues cura dels teus actes perquè es faran costum.

Tingues cura dels teus costums perquè formaran el teu caràcter.

Tingues cura del teu caràcter perquè formarà el teu destí.

I el teu destí serà la teva vida.

Gandhi.

Un dels primers objectius podria ser treballar l'autoconeixement i el creixement personal perquè la persona es permeti escollir qui vol ser i, després, dotar-la d'eines per aconseguir-ho

Rescatant relats d'experiència professional, quan parlem amb els pacients, n'hi ha que arriben a comentar que no recorden com són o qui han estat sense les substàncies o sense l'etiqueta de malalt mental i es veuen incapaços de construir un altre tipus de vida. Potser, un dels primers objectius podria ser treballar l'autoconeixement i el creixement personal perquè la persona es permeti escollir qui vol ser i, després, dotar-la d'eines per aconseguir-ho tant com les seves capacitats i la seva etapa vital li ho permetin.

Les unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD) ens brinden l'accés a aturar el consum actiu de substàncies i poder veure el trastorn mental que hi hagi sota l'efecte d'aquestes substàncies o quan ja no estan actives al cos. Quan es passa a unitats psiquiàtriques o de patologia dual (UPD) d'estada més llarga es pot elaborar un diagnòstic mental més ajustat que al de l'inici. En aquest punt, en la majoria dels casos se sol donar una estabilitat tant física com emocional quan la persona sent que la institució la protegeix i la sosté. De vegades cobrir necessitats fisiològiques com dormir, menjar amb horaris establerts i estar atès per diversos professionals són un inici perquè la persona pugui comprovar que se sent d'una altra manera i que va sent propietària de petites decisions. Hi ha casos en què la persona pot ser que no sigui capaç de sostenir aquesta rigidesa pel que fa a normatives i horaris i demani una alta voluntària. Aleshores el metge referent del cas pot cursar un ingrés involuntari activant vies judicials per preservar-ne el benestar.

Quan es passa a recursos com ara les comunitats terapèutiques, on l'estada ja és de sis mesos o més i completament voluntària –llevat que s'imposi una mesura penal com a alternativa a mesures privatives de llibertat–, s'allunya la persona de l'entorn que l'ha pogut influenciar, que sovint ha estat autodestractiu i ha generat una espiral de la qual la persona –segons relats de la pràctica professional– sent que no pot sortir pels seus propis mitjans. Avui dia, tal com va descriure J. Morillo en la conferència “Tractament residencial en comunitat terapèutica per a persones drogodependents”, realitzada el 3 d'octubre del 2019 a la Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés, Universitat Ramon Llull,<sup>5</sup> les comunitats terapèutiques han hagut d'adaptar els tractaments que oferien, ja que més de la meitat dels casos atesos, segons narren els professionals dels centres que formen la Federació Catalana de Drogodependències, són persones diagnosticades en patologia dual. Alguns d'aquests canvis s'han dut a terme flexibilitzant horaris, adaptant objectius terapèutics en el pla individualitzat de tractament integral (PTI), formant les persones no només perquè entenguin els seus processos i mecanismes de consum sinó perquè entenguin i assumeixin la patologia mental que pateixen, entre d'altres. Quan se suma temps i pràctica diària sense consum i estabilitzant el diagnòstic mental inicial amb la medicació pautaada, moltes vegades caldria tornar a diagnosticar la persona i adaptar-hi la pauta de medicació, atès que pot deixar de presentar símptomes i conductes que tenia al principi o pot presentar-ne de diferents. Això pot ser conseqüència d'una abstinència prolongada en el temps, de l'estabilitat del trastorn mental i de la presa d'una medicació adequada, de tenir cobertes les necessitats bàsiques

durant un temps i no estar en estat d'alerta o de supervivència, d'endrecar aspectes de la trajectòria de vida que estaven sense resoldre o sense ordenar i de la tasca terapèutica proporcionada tant pels professionals a nivell interdisciplinari com per la força del grup d'iguals, etc.

En aquesta etapa, hi ha usuaris que poden sostenir aquest tipus de tractament i passar a programes de reinserció i, posteriorment, a programes de suport a la vida autònoma. Hi pot haver altres casos que cursen alta voluntària, casos que incompleixen acords fins a ser cessats i acaben deixant el tractament o casos que tornen a descompensar-se psiquiàtricament i necessiten un reingrés en alguna unitat hospitalària per tornar a ser estabilitzats, i pot ser que vulguin tornar a la comunitat terapèutica o que no hi vulguin tornar. I és que a vegades ens trobem que les persones han de passar diverses vegades per centres hospitalaris i per recursos socials de tractament i reinserció perquè les intervencions realitzades i l'experiència amb ella mateixa pel que fa a entrades i sortides de recursos deixin empremta, es plantin llavors i comencin a sortir els primers fruits: les primeres etapes de creixement personal i un estil de vida en el qual la persona senti que du les regnes.

De la mateixa manera, cal assenyalar que en cada estada hospitalària o de reinserció, ambulatoria o interna, els professionals que actuem en primera línia apostem per la reinserció de les persones amb què tractem, i creiem que podem oferir-los un espai on es puguin tornar a dibuixar en altres escenaris més ecològics, conscients i conseqüents, on sentin que son propietàries de les seves vides, malgrat que això representi anar i venir del sistema o malgrat que es visquin etapes tan impulsives o d'autodestrucció que no sigui possible intervenir-hi per aconseguir-hi millores.

## Conclusions

Pel que fa a les descripcions aportades sobre perfils de persones diagnosticades de patologia dual podem assenyalar la necessitat de recursos assistencials i d'un tractament continuat de rehabilitació i reinserció social especialitzat amb una atenció integral.

Els professionals han d'estar formats i disposar d'espais per a reciclar-se, això no obstant, sovint no es disposa ni de temps ni de recursos materials o econòmics per proporcionar aquesta formació. Els circuits d'assistència sanitària, de tractaments, de reinserció i lúdics han d'estar relacionats i tenir objectius comuns amb la finalitat d'aconseguir la màxima autonomia i capacitat en l'individu. La xarxa de professionals i de recursos ha de conèixer-se i establir-se en grups de treball i reunions de circuits i protocols d'actuació i de crisi. Els professionals, tot i que pertanyin a diferents recursos, entitats, empreses, fundacions o associacions, han d'actuar com a companys de treball i han de formar equip.



La mirada s'ha d'apropar de forma imminent a una amplitud sistèmica i integral de les dues patologies, atès que la intervenció va coixa si només s'enfoca des d'una patologia o una altra o només es vol treballar una àrea de la persona.

**El treball amb les famílies i referents ha de ser de vital importància per salvaguardar les persones que sostenen i dotar-les d'habilitats i capacitats**

El treball amb les famílies i referents ha de ser de vital importància tant per salvaguardar les persones que sostenen i dotar-les d'habilitats i capacitats perquè ho puguin fer, com per acompanyar i pal·liar sensacions de culpa, impotència, ràbia i frustracions pel que fa a la criança i el desenvolupament dels seus éssers estimats.

El treball consisteix a atendre les persones que pateixen aquests avenços i retrocessos tant pel que fa a crisis en salut mental com en recaigudes de consum drogues o addiccions comportamentals i, en el mateix sentit, a donar suport al sistema en el qual es trobi immersa la família, la parella i els referents vitals en el seu dia a dia. La mirada ha de ser flexible, fugint de normatives rígides que puguin fer saltar les persones de recurs en recurs, esgotant oportunitats i estades. Per això cal que la dotació econòmica al sistema sanitari i social estigui en consonància amb les necessitats que sorgeixen en el moment en què ens trobem, ja que molts dels casos de patologia dual són atesos dins el sistema, però n'hi ha que no hi arriben mai i romanen invisibles a la societat. Aquests casos només són tractats quan es veu la punta de l'iceberg i s'activa l'engranatge de sistemes judicials amb conseqüències de penes privatives de llibertat o mesures penals alternatives.

Encertar el recurs o la unitat que cal assignar en funció de la patologia o del moment vital de la persona és clau per contribuir a un èxit o sumar més fracassos a la seva història de vida. La intervenció a nivell comunitari i social encara és precària si tenim en compte el nombre de casos que hi ha a les unitats de patologia dual o de CSMIA i en els quals moltes famílies estan immerses.

Gemma González Méndez  
 Centre de salut mental i addiccions (CSMIA)  
 Districte de Gràcia - Barcelona  
 Hospital de Psiquiatria Mare de Déu de la Mercè  
 Professora associada  
 Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés  
 Universitat Ramon Llull  
 ggonzalez@peretarres.url.edu

## Bibliografia

**Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesias, B.; Basurte, I.; Morant, C.; Babin, F.** (2013). Alcohol abuse or dependence and other psychiatric disorders. Madrid study on the prevalence of dual pathology. *Mental Health and Substance Use*, 6(4), 339-350.

**Arpana, A.; Neale, M. C.; Prescott, A. C.; Kendler, K.** (2004). A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs. *Psychological Medicine*, 34, 1227-1237. doi: 10.1017/S0033291704002545

**Belin, D.; Mar, A. C.; Dalley, J. W.; Robbins, T. W.; Everitt, B. J.** (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, 320, 1352-1355. doi: 10.1126/science.1158136

**Bermejo, G.** (2012). Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones. Documento Técnico del Instituto de Adicciones. Madrid. Recuperat de <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloInterv-Social.pdf>

**Casas, M.** (2014). *Breve historia de la Patología Dual*. Recuperat de <http://www.fundacionacorde.com/breve-historia-pd.html>

**Casas, M.; Guardia, J.** (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2 (1).195-219.

**Cloninger, C. R.; Przybeck, T. R.; Svrakic, D. M.; Wetzel, R. D.** (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality.

**Correa, A. C. M. C. N.; Evia-Mónica, V.; Jiménez-Alicia G. B. I. A.; Piazza-Natalia, M. F.; Rodríguez-Tamara, R. D. T. M.** (2015). *Salud mental, psicología y comunicación participativa*.

**Evren, C.; Durkaya, M.; Evren, B.; Dalbudak, E.; Cetin, R.** (2012). Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 31, 81-90. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00303.x

**Federació Catalana de Drogodependències.** Recuperat de <http://www.fcd.cat>

**Garcia, A.** (1978). Franco Basaglia: Debajo de toda enfermedad psíquica hay un conflicto social. Recuperat el 22/08/2019 de <https://primeravocal.org/franco-basaglia-debajo-de-toda-enfermedad-psiquica-hay-un-conflicto-social/>

**Hasin, D.; Fenton, M. C.; Skodol, A.; Krueger, R.; Keyes, K.; Geier, T.; Grant, B.** (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of general psychiatry*, 68(11), 1158-1167.

**Irún, G.** (19/04/2018). *España es pionera y referente mundial en la atención a la patología dual*. Recuperat de <https://www.actasanitaria.com/espana-pionera-patologia-dual/>



- Kessler, R. C.** (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry*, 56(10), 730-737.
- Kessler, R. C.; Nelson, C. B.; McGonagle, K. A.; Liu, J.; Swartz, M.; Blazer, D. G.** (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *The British journal of psychiatry*, 168(S30), 17-30.
- Libro Blanco de Patología Dual. Recursos para pacientes con Patología Dual en España.** (2015). Recuperat de <https://patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual.pdf>
- López Peláez, A.** (2010). *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social*. Madrid: Universitas.
- Márquez-Arrico, J. E.; Adan, A.** (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25(3), 195-202. Recuperat de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/46>
- Martín, E.** (2007). Psicología y atención a la drogodependencia en España: una visión histórica. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 41-48. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828106.pdf>
- Metrópoli Abierta ((2020).** *Trasladan el primer CSMIA de Barcelona al Hospital d'Esperança*. Recuperat el 23/01/2020 en [https://www.metropoliabierta.com/el-pulso-de-la-ciudad/sanidad/trasladan-csmia-barcelona-hospital-esperanca\\_23424\\_102.html](https://www.metropoliabierta.com/el-pulso-de-la-ciudad/sanidad/trasladan-csmia-barcelona-hospital-esperanca_23424_102.html)
- Morera, J. A.; Noh, S.; Hamilton, H.; Brands, B.; Gastaldo, D.; Wright, M. G.** (2015). *Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios Costarricenses*. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24, 145-153.
- Muniz Pérez, T.** (2017). *Legislación en Salud Mental en Uruguay: hacia un abordaje integral en perspectiva de derechos*.
- Piedras, A.** (2015). *La reforma psiquiátrica: Del encierro a la inserción*. Recuperat el 13/03/2015 de [https://psiquiatria.com/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/la-reforma-psiquiatrica-del-encierro-a-la-insercion/](https://psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/la-reforma-psiquiatrica-del-encierro-a-la-insercion/)
- Pulay, A. J.; Stinson, F. S.; Ruan, W. J.; Smith, S. M.; Pickering, R. P.; Dawson, D. A.; Grant, B. F.** (2010). The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence-results from a national survey. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 141-145.
- Regier, D. A.; Farmer, M. E.; Rae, D. S.; Locke, B. Z.; Keith, S. J.; Judd, L. L.; Goodwin, F. K.** (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
- Rodríguez-Llera M. C.; Domingo-Salvany A.; Brugal M. T.; Hayes N.; Vallés N.; Torrens M.; Alonso J.** (2002). Prevalencia de patología dual en jóvenes consumidores de heroína: resultados preliminares. *Gaceta Sanitaria*.
- Roncero, C.; Barral, C.; Grau-Lopez, L.; Bachiller, D.; Szerman, N.; Casas, M.; Ruiz, P.** (2011). Protocols of dual diagnosis intervention in schizophrenia. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(3), 131-154.
- Roncero C.; Vega P.; Grau-López L.; Mesías B.; Barral C.; Basurte I.;**



**Rodríguez-Cintas L.; Martínez-Raga J.; Piqué N.; Casas M.; Szerman N.** (2015). Relevant differences among Spanish autonomous communities in professionals perception and degree of knowledge on the existence of resources for dual pathology patients. *Actas Españolas de Psiquiatría* (in press).

**Ruiza, M.; Fernández, T.; Tamaro, E.** (2004). *Biografía de Franco Basaglia*. En *Biografías y Vidas*. La enciclopedia biográfica en línea. Barcelona. Recuperat de <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/b/basaglia.htm> el 13 d'abril de 2020.

**Rush, B.; Koegl, C. J.** (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 810-821.

**San Molina, L.; Solé Puig, J.** (2003). Unidad de patología dual-alcoholismo de Benito Menni C.A.S.M. de Sant Boi de Llobregat. *Informaciones psiquiátricas*, tercer trimestre 2003. Número 173. Recuperat de [http://www.informacionespsequiatricas.com/antiores/info\\_2003/03\\_173\\_01.htm](http://www.informacionespsequiatricas.com/antiores/info_2003/03_173_01.htm)

**Swendsen, J.; Conway, K. P.; Degenhardt, L.; Glantz, M.; Jin, R.; Merikangas, K.; Kessler, R. C.** (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6), 1117-1128.

**Szerman, N.; Lopez-Castroman, J.; Arias, F.; Morant, C.; Babín, F.; Mesías, B.; Baca-García, E.** (2012). Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance use & misuse*, 47(4), 383-389.

**Szerman, N.; Casas, M.; Bobes, J.** (2013). Perception of Spanish professionals on therapeutic adherence of dual diagnosis patients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(6), 319-29.

**Szerman, N.; Martínez-Raga, J.; Peris, L.; Roncero, C.; Basurte, I.; Vega, P.; Casas, M.** (2013). Rethinking dual disorders/pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(1), 1-10.

**Szerman, N.** (2017). *7 de cada 10 personas adictas a drogas sufren algún trastorno mental*. Recuperat el 23/03/2017 de <http://www.fundacionacorde.com/siete-de-cada-diez.html>

**Torrijos Martín, M.** (2015). Patología dual y enfermería: Revisión bibliográfica. Recuperat de [http://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/es\\_TFG764.html](http://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/es_TFG764.html)

**Torreblanca, S.; Amorós, F.; Crende, F.** (2004). Daños causados por personas con trastornos mentales. *Indret*, 2, 12-15.

**Vicario, H.; Romero, A. R.** (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral*, IX, 2, 137-135.

**Weaver, T.; Madden, P.; Charles, V.; Stimson, G.; Renton, A.; Tyrer, P.; Paterson, S.** (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 304-313.

**Zuckerman, M.** (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factor model. En De Raad, B. i Perugini, M. (Eds), *Big five assessment* (p. 377-396). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.





- 
- 1 Font: <https://www.fsyc.org/proyectos/comunidad-terapeutica-can-coll/>
  - 2 Salut Mental a Catalunya. Mapa de Recursos en Salut Mental a Catalunya en matèria d'assessorament i orientació, formació i capacitació, recursos socials, habitatge i tuteles i treball. recuperat de <https://www.salutmental.org/salut-mental/mapa-de-recursos-i-serveis-nivell/>  
CatSalut. Servei Català de la Salut. Atenció a la salut mental i addiccions. Actualitzat el 10/02/2020 Recuperat de <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>
  - 3 Generalitat de Catalunya. Drogues. Xarxa assistencial de recursos d'atenció a les drogodependències. Actualitzat el 26/04/2017. Recuperat de [http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa\\_de\\_recursos\\_assistencials/](http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/)
  - 4 Hermanas Hospitalarias, Hospital Mare de Déu de la Mercè. *Entra en funcionamiento el CAP Vila de Gràcia Cibeles*. Recuperat el 21 de novembre del 2017 de <https://hospitaldelamerce.com/2017/11/21/hola-mundo-4/>
  - 5 Font: <https://www.url.edu/es/sala-de-prensa/agenda/conferencias-y-jornadas/2019/conferencia-tratamiento-residencial-en-comunidad-terapeutica-para-personas-drogodependientes>
-