

## Trabajo de Final de Máster

### **“EL ESTIGMA EN PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL COMO BARRERA DE ACCESO Y ADHERENCIA EN RECURSOS TRATAMENTALES-ASISTENCIALES”**

**Autora:** Claudia Calderón Calvo

**Director:** Daniel Pinazo Catalayud

**Tutor:** Mikel Munarriz Ferrandis

**Fecha de lectura:** 8 de Octubre del 2018

*“(…) Cuando llegas al punto de no retorno, en el que no hay nada que te importe más que la droga, sientes tal vacío y tal desesperanza en el interior, que la única forma de no sentirla es continuar consumiendo. Es a lo que los médicos llaman el refuerzo negativo. Y es en ese camino de bajada sin posibilidad de frenar dónde vas perdiendo todo lo que te importaba: trabajo, amigos, pareja, sueños. Sobre todo, te pierdes a ti mismo como persona, y lo que queda cuando miras al espejo es un desecho de lo que un día fuiste, y una deformada imagen de lo que querías ser. Esa realidad, la realidad pura y dura de la adicción, resulta sórdida, amarga, solitaria, y a la vez: enloquecedora (…)”*

## RESUMEN

A lo largo del presente Trabajo Fin de Máster (TFM) se aborda por un lado, el fenómeno del estigma hacia las personas con un diagnóstico de patología dual, es decir, la coexistencia en un mismo individuo de un trastorno mental grave y un trastorno por consumo de sustancias y por otro lado, su posible relación con la dificultad de acceso y adherencia a los recursos asistenciales.

Para ello se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía existente acerca de la patología dual y del estigma para contrastarlo posteriormente con la información extraída a través de las entrevistas realizadas a profesionales de atención directa tanto en el ámbito de la salud mental como en el ámbito de las drogodependencias. Además, se incorpora el testimonio en primera persona de una persona con patología dual.

Por tanto, se delimita un perfil aproximado de los usuarios atendidos en ambas redes asistenciales, se analizan las principales limitaciones a la hora de intervenir con dicho colectivo, así como la influencia del estigma tanto por parte de los profesionales como del estigma experimentado por los usuarios en el proceso de inicio y seguimiento del tratamiento.

**Palabras clave:** trastorno por consumo de sustancias, trastorno mental grave, estigma, patología dual.

## **ABSTRACT**

Throughout the present Final Project, it is addressed, on the one hand, the phenomenon of stigma towards people with dual pathology, that is, the co-occurrence, in the same individual, of a severe mental disorder and a substance abuse disorder, and on the other hand, its possible relationship with difficulty of access and adherence to assistance resources.

To this end, a systematic review of the literature about the dual pathology and stigma was carried out to contrast it later with the information extracted through interviews with direct care professionals, both in the area of mental health and in the area of drug addiction. Furthermore, it is incorporated a first person testimony with dual pathology.

Therefore, it is delimited an approximate profile of the users attended at both healthcare assistance network, there are analysed the main limitations when it comes to intervene with this collective, as well as the influence of stigma on the part of both professionals and the stigma experienced by users in the process of starting and monitoring the treatment.

**Palabras clave:** substance use disorder, severe mental disorder, stigma, dual pathology.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. PREVALENCIA Y ESTADO DE LA CUESTIÓN</b>	<b>6</b>
2.1. Principales barreras y/o limitaciones en la atención a personas con patología dual	8
2.2. Análisis del fenómeno del estigma desde una perspectiva de patología dual	12
2.2.1. Influencia del estigma en diferentes ámbitos de la vida del usuario	13
2.2.2. Doble proceso de estigmatización: TUS y TMG	18
<b>3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA:</b>	<b>20</b>
3.1. Objetivos	21
3.2. Metodología	21
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>24</b>
4.1. Descripción y evolución de las características del colectivo	24
4.2. Percepción del estigma	26
4.3. Barreras de acceso y/o adherencia a los recursos asistenciales	29
4.4. Sugerencias e ideas de mejora	34
<b>5. CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>37</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>40</b>
<b>7. ANEXOS</b>	<b>48</b>
ANEXO I: Guión entrevista profesionales	48
ANEXO II: Guión entrevista usuario	50
ANEXO III: Tabla entrevista de contraste	52
ANEXO IV: Formulario de consentimiento informado	56
ANEXO V: Tabla categorización	57

## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Cuadro resumen de limitaciones de acceso y adherencia a tratamiento</i>	<i>11</i>
<i>Tabla 2. Consecuencias del estigma en diferentes áreas en personas con patología dual.</i>	<i>18</i>
<i>Tabla 3. Características básicas de los profesionales entrevistados</i>	<i>24</i>

# 1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas, se ha ido desarrollando en nuestro país una lenta pero progresiva investigación e intervención en materia de patología dual<sup>1</sup>, la cual se define como la coexistencia o comorbilidad en un mismo individuo de uno o varios trastornos por consumo de sustancias y uno o varios trastornos mentales (Torrens, 2008).

Durante los años 80-90 la separación filosófica entre el campo de conocimiento y asistencia por un lado, de los trastornos mentales graves y por otro lado, de las adicciones era muy profunda y resultaba incluso herético mezclar ambos ámbitos. A pesar de ello, las evidencias epidemiológicas acumuladas durante las últimas décadas señalan que los trastornos duales son tan frecuentes que deberían dejar de percibirse como “*excepciones*” y aceptarlos como una realidad asistencial.

Actualmente han ido surgiendo situaciones sociales cuyo origen se fundamenta en nuevos y graves problemas de salud. Además, los problemas de drogadicción y la presencia cada vez más relevante de situaciones de deterioro crónico, que guardan una estrecha relación con el aumento de la esperanza de vida de la población, entre otras problemáticas, son situaciones que favorecen que las modalidades asistenciales tradicionales sólo presten atención de forma parcial. Ante esos cambios, parte de los recursos habituales no resultan suficientes porque pierden capacidad de atención, debido a que -terapéuticamente hablando- muestran dificultad para responder a este tipo de situaciones, en las que resulta complicado delimitar dónde terminan los problemas sanitarios y dónde comienzan los asistenciales y sociales (Leonardo y Sobremonde, 2001).

Sin embargo, los recursos destinados al tratamiento de enfermedades mentales y a trastornos por uso de sustancias<sup>2</sup> se organizan de forma secuencial o paralela. Este hecho se ha asociado a una baja adherencia al tratamiento además de a un manejo inadecuado de los problemas que guardan mayor relación con la co-morbilidad (Farren, Hill y Weiss, 2012; Arias et al., 2013; Szerman et al., 2013; Torrens et al., 2012 y Pettinati, O'Brien y Dundon, 2013).

Además, la encuesta realizada por SEPD resalta que el abordaje tradicional de la patología dual se ha realizado en tratamientos paralelos; es decir, por un lado, en el sistema sanitario

---

<sup>1</sup> **Patología Dual:** puede aparecer en el texto mediante la abreviatura PD.

<sup>2</sup> **Trastorno por Uso de Sustancias:** puede aparecer en el texto mediante la abreviatura TUS.

desde los recursos de la red de salud mental y, por otro, desde los recursos sociales y/o específicos de drogodependencias. Algo que es contraproducente debido a que se trata de dispositivos separados físicamente, con dos equipos profesionales diferentes (Farren, Hill y Weiss, 2012 y Vega et al., 2013).

Por todo ello, la intervención con pacientes con patología dual, se torna más complicada debido a su gravedad psicosocial y psicopatológica, teniendo mayores tasas de ingreso y mayor riesgo de conductas autolíticas. Además, su adherencia a los tratamientos es mala porque utilizan una mayor cantidad de dispositivos sanitarios y sociales (Vega et al., 2013).

No obstante, el consumo de drogas no sólo manifiesta su problemática asociada en el ámbito sanitario a través de la morbilidad y la mortalidad sino también en el ámbito social a través de consecuencias que llevan en numerosas ocasiones a la estigmatización de la persona y su consiguiente exclusión e invalidación social. Por tanto, se torna necesario desarrollar una intervención eficaz en el espacio sociosanitario, con el objetivo de ofrecer al usuario una atención integral, evitando así la parcialización del proceso y las barreras de acceso o incluso el abandono de los servicios asistenciales (Mansilla, 2007 y el Observatorio español de la droga y las toxicomanías, 2016).

Pero el halo del estigma no solamente cubre a las personas con problemas de drogodependencia, sino que a las personas que padecen una enfermedad mental también les afecta. El diagnóstico de una enfermedad de este tipo supone una “*marca*” que excluye de la normalidad a quién la presenta y se la atribuye mayor grado de peligrosidad, así como de menor responsabilidad social (Steadman et al., 1998).

Según un estudio sobre el estigma y la enfermedad mental, una de las estrategias más frecuentes de tipo desadaptativo de las personas que se encuentran en dicha situación es mantenerlo en secreto (Muñoz, Crespo, Guillén y Pérez, 2009). Además, en base al modelo de Tanahashi sobre las barreras de acceso a la atención sanitaria dentro de la categoría de accesibilidad, un 16% lo asocia al estigma social y un 20% al temor y/o vergüenza de ser atendido en un espacio de dichas características (Hirmas Adaury et al., 2013).

## **2. PREVALENCIA Y ESTADO DE LA CUESTIÓN**

El consumo perjudicial de sustancias psicoactivas asociado con otros problemas graves de salud resulta un aspecto clave en las políticas nacionales e internacionales sobre drogas. Durante mucho tiempo se han considerado casi en exclusiva las enfermedades de tipo infeccioso como el VIH y el VHC. Sin embargo, en la actualidad una de las líneas temáticas que está generando más interés y preocupación en el campo de las adicciones es la detección y tratamiento de la comorbilidad entre los trastornos mentales en general y los trastornos por consumo abusivo de sustancias psicoactivas, lo que se conoce como patología dual, debido a su elevada prevalencia, su gravedad sociosanitaria así como por su asociación con un peor pronóstico (Lieb, 2015; Torrens, Gilchrist y Domingo-Salvany, 2011 y Whiteford et al., 2013).

Por tanto, la patología dual hace referencia a la presentación en un mismo individuo de un trastorno mental y un trastorno adictivo (Volkow, 2007). Diversos estudios epidemiológicos llevados a cabo principalmente en Estados Unidos evidencian que esta comorbilidad resulta muy elevada siendo mayor en sujetos en tratamiento. Esta presencia concomitante de varios trastornos tiene implicaciones clínicas, evolutivas y terapéuticas relevantes (Torrens, Vicente, Domingo-Salvany y Mestre-Pintó, 2017).

La adicción a cualquier tipo de sustancia se encuentra estrechamente relacionada con los trastornos mentales por lo que cada vez resulta más frecuente encontrar en la clínica trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas. Sin lugar a dudas la psicopatología se trata de un factor de riesgo para padecer un trastorno adictivo, y viceversa. Los pacientes adictos se encuentran en riesgo de desarrollar enfermedades mentales que, además, cuentan con una peor evolución y un peor pronóstico (Torrens, 2008).

Debido a la prevalencia estimada del problema así como de las consecuencias negativas se torna fundamental desarrollar medidas preventivas y terapéuticas adecuadas. Por tanto, se necesita información sobre la frecuencia del problema como de la distribución de dicha comorbilidad en nuestro medio debido a que este conocimiento puede ayudar a optimizar y organizar los recursos sanitarios (Szerman et al., 2011).

A pesar de la elevada prevalencia y la relación entre ambos trastornos el diagnóstico es complejo, en parte por el solapamiento de síntomas, la ausencia de una exploración adecuada del trastorno comórbido una vez establecido el diagnóstico principal y por la dificultad en la distinción entre trastornos primarios e inducidos (Szerman et al., 2011).

En primer lugar, resulta importante reseñar que las características de los pacientes duales cambian con el entorno clínico, es decir, hay más diagnósticos duales en la red destinada a las drogodependencias que en la de salud mental. Puede deberse a una mayor prevalencia de esta o también a una mayor capacidad de detección de trastornos mentales entre los profesionales de adicciones que de trastornos adictivos entre los profesionales de salud mental (Szerman et al., 2011).

En base a la prevalencia de patología dual recogida en la historia clínica, es decir, con un diagnóstico de TUS (exceptuando el tabaco) y un TMG se situó en 136 sujetos, un total del 34% de la muestra. Respecto a la procedencia de los sujetos, un 70,6% de los pacientes duales y un 36,8% de los pacientes atendidos en centros de drogas procedían de centros destinados a las drogodependencias, mientras que un 29,4% de duales y un 28,8% de los usuarios atendidos procedían de la red de salud mental.

Siguiendo la misma línea, se ha demostrado que la psicopatología independientemente de que sea primaria o secundaria al uso de sustancias, desarrolla una mayor prevalencia cuando se compara con la población general, estimándose que aproximadamente la mitad de las personas drogodependientes presentarán una enfermedad mental en el próximo decenio, al mismo tiempo que el 50% de los pacientes con enfermedades mentales abusarán de sustancias (Castaño y Sierra, 2016).

Lo cierto es que el consumo de tóxicos, eleva exponencialmente todo tipo de patologías psiquiátricas, por ejemplo, el 47% de los pacientes con esquizofrenia, el 60,7% de las personas con trastorno bipolar tipo I y el 83,6% de los que presentan un trastorno antisocial de la personalidad, presentan trastornos por abuso de sustancias tanto legales como ilegales (Regier et al., 1990). Coincidiendo con lo expuesto por otros autores que afirman que la morbilidad de abuso y dependencia a sustancias se da entre el 70-80% en los pacientes con esquizofrenia (Brady et al., 1991), más del 60% en los pacientes con trastorno bipolar y más del 70% en los trastornos de personalidad graves (Regier et al., 1990).



En el caso concreto de los pacientes psicóticos, se encuentran elevadas tasas de prevalencia para el abuso de sustancias, según el estudio ECA se sitúa el abuso de sustancias y la esquizofrenia en un 47% (Reiger et al., 1990). Las tasas de comorbilidad entre psicosis y dependencia a sustancias encontradas en pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento en régimen de ingreso oscilan entre el 15-60% (Brady et al., 1991, Kovaszny et al., 1993) mientras que en pacientes en tratamiento de tipo ambulatorio se sitúan alrededor del 30% (Mueser et al., 1990, Barbee et al., 1989, Dixon et al., 1991, Fowler et al., 1998).

Respecto a los datos obtenidos en diversos estudios se ha señalado que en los servicios de salud mental hasta un 44% los usuarios presentan trastorno por abuso de sustancias y en centros de atención a drogodependencias hasta un 75% presentan trastornos mentales, destacando los autores un alto porcentaje de cuadros no detectados (Weaver et al., 2003).

Los trastornos psiquiátricos de comorbilidad más frecuentes en el abuso de drogas y/o alcohol son el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) con una prevalencia de 50-90% y la esquizofrenia que alcanza un 47% entre la población consumidora (Larrañaga, s.f.). Estudios realizados en nuestro país, como el del Centro de Rehabilitación de Alcalá en Madrid muestran que el 53% consume algún tipo de sustancias, exceptuando el tabaco (Vicente, Díaz y Ochoa, 2001)

Por último, resulta importante destacar que existe una asociación importante entre el diagnóstico de cualquier enfermedad mental y las tasas de transición desde el consumo de sustancias a un trastorno de tipo adictivo (LevRan et al., 2013 y Rivera, 2010).

## **2.1.Principales barreras y/o limitaciones en la atención a personas con patología dual**

Las personas consumidoras de sustancias de abuso con comorbilidad psiquiátrica presentan un mayor número de admisiones a servicios de urgencias hospitalarias, mayores tasas de hospitalizaciones psiquiátricas y una mayor prevalencia de suicidio que aquellos usuarios sin trastornos mentales comórbidos. Además, existe una mayor incidencia de comportamientos de riesgo que a su vez generan mayor problemática social como pérdida de empleo y/o

entorno sociofamiliar, comportamientos más violentos o relacionados con conductas de tipo ilegal, así como mayor deterioro físico debido a patologías de tipo orgánico, por ejemplo infecciones por VHC, VIH... (Torrens, Montanari, Vicente, Domingo-Salvany y Mestre-Pintó, 2017).

Resulta habitual que los trastornos adictivos y la patología dual puedan asociarse a otras enfermedades de tipo médico como por ejemplo las infecciosas; formando parte integral del propio proceso de la patología dual (Sociedad Española de Patología Dual, 2016).

Siguiendo la misma línea, la práctica clínica ha demostrado a lo largo de los años que los trastornos de tipo comórbido son recíprocamente interactivos y cíclicos, manifestando un pronóstico peor para ambos si no se abordan de manera conjunta a través de equipos multidisciplinares. Por tanto, las personas con patología dual tienen mayor riesgo de cronicidad y su tratamiento es más difícil y costoso, se trata de usuarios más vulnerables a la hora de afrontar dificultades debido a que los factores de tipo estresante suelen afectarles especialmente (Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental, 2014) por lo que las posibilidades de recuperación disminuyen (Torrens et al., 2017).

Cuestiones con las que coincide la Confederación Española de agrupaciones familiares y personas con enfermedad mental (2014), añadiendo además otra dificultad basada en la falta de conciencia de la enfermedad –bajo nivel de insight- que deriva en una baja adherencia al tratamiento y por tanto en mayor probabilidad de abandono. Además, destacan también las dificultades relacionales como por ejemplo la sobrecarga familiar que puede derivar en sobreprotección o por el contrario en falta de apoyo del entorno sociofamiliar y por tanto, en aislamiento e incluso exclusión social.

No todas las enfermedades son causantes de un proceso de exclusión social y, entre las que pueden serlo, no todas lo hacen con la misma intensidad y duración en el tiempo. Sin embargo, sí es cierto que las que poseen un carácter duradero, dejan secuelas y/o las difícilmente reversibles, provocan mayor exclusión o rechazo social (Vicent, 2015).

De forma más concreta, el consumo de sustancias adictivas entre los pacientes diagnosticados de psicosis esquizofrénica, tiene gran relevancia e importancia en la práctica clínica debido a

que numerosas sustancias de esta tipología producen una reactivación de la sintomatología psicótica, un aumento de los trastornos de conducta y un peor cumplimiento terapéutico. Por tanto, como se ha comentado con anterioridad se produce un aumento del número de reagudizaciones y de ingresos de tipo psiquiátrico. Por lo que el consumir drogas se convierte en una de las mayores complicaciones de los trastornos psicóticos (Vicente, Díaz y Ochoa, 2001).

Otra de las dificultades a la hora de intervenir con este perfil de usuario es que el abuso de alcohol y/o otras drogas puede pasar desapercibido en los servicios psiquiátricos lo que puede derivar en situaciones de sobremedicación y en la formulación de planes de tratamiento poco apropiados que no incluyen medidas de desintoxicación y deshabitación. A dicha situación, cabe añadir que la inmensa mayoría de los pacientes con Trastorno Mental Grave<sup>3</sup> suelen tender a ocultar un uso problemático de determinadas sustancias (Casas y Guardia, 2002).

Por otro lado, la automedicación de los trastornos del Eje I<sup>4</sup> y el alivio sintomático de diagnósticos del Eje II<sup>5</sup> también es señalada por algunos autores como Rivera (2010) como la causa de trastornos duales (Kessler et al., 1996). A modo de ejemplificar, los pacientes con trastorno bipolar es frecuente que beban para aliviar tanto los síntomas maníacos como depresivos, pero las estadísticas muestran que existe un mayor riesgo de consumo excesivo durante las fases de tipo maníaco (Casas y Guardia, 2002).

Cuestión relacionada directamente con la teoría de la automedicación que afirma que las sustancias psicoactivas se utilizan para paliar los síntomas psiquiátricos existentes, por tanto, puede extrapolarse que la elección de la droga no es un proceso al azar, sino que influyen los efectos que produce para aliviar los síntomas (Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental, 2014).

Por otro lado, cuando se marca un perfil concreto en un recurso y/o servicio se limita el acceso al mismo lo que finalmente deriva en una disminución de oportunidades de las personas que no encajan en lo previamente establecido (Ruiz y Beteta, 2016). Las personas

---

<sup>3</sup> **Trastorno Mental Grave:** puede aparecer durante el texto como TMG.

<sup>4</sup> **Eje I:** compuesto por los trastornos clínicos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica. Ejemplos: Trastornos relacionados con sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (DSM-IV, 2009).

<sup>5</sup> **Eje II:** compuesto por los diferentes trastornos de la personalidad (límite, antisocial, histriónico...) y diversidad funcional (DSM-IV, 2009).

con patología dual suelen manifestar una sensación de no “*encajar*” en dichos recursos, lo que se conoce como el efecto de la “*puerta equivocada*”, este hecho deriva en que los usuarios suelen cargar a sus espaldas un alto índice de fracasos en intervenciones anteriores (Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental, 2014).

Respecto al ámbito de los profesionales, por un lado, aún existe una escasa formación de los mismos en patología dual, por lo que subyace una dificultad para evaluar los progresos en la intervención y la utilización de herramientas y/o protocolos adecuados. Por otro lado, existe una duplicidad de figuras de referencia debido a que acuden de forma general a dos tipos de dispositivos, a los de salud mental y a los de drogodependencias (Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental, 2014).

Otra limitación existente en dicho ámbito es el desconocimiento de recursos como comunidades terapéuticas, recursos ambulatorios intermedios, hospitales de día...por parte de los profesionales de atención directa, por lo que se torna complicado que los clínicos utilicen el más adecuado para el momento evolutivo del paciente (Vega et al., 2015).

Por último, también se observa el elevado grado de inestabilidad laboral y rotación de los profesionales que trabajan en los recursos destinados a pacientes con patología dual. Uno de los motivos de la alta rotación puede situarse en factores como el agotamiento laboral, es decir, el síndrome de Bournout (Vega et al., 2015).

Tabla 1. Cuadro resumen de limitaciones de acceso y adherencia a tratamiento

<b>LIMITACIONES</b>	
<b>PERSONALES</b>	<b>ESTRUCTURALES</b>
Bajo nivel de insight	Baja presencia de equipos multidisciplinares
Dificultades relacionales (aislamiento)	Recursos muy rígidos
Tendencia a ocultar el consumo de drogas	Dificultad de detección consumos abusivos
Sensación de no encajar en los recursos	Efecto “ <i>puerta equivocada</i> ”
Fracasos terapéuticos anteriores	Estigma por parte de los profesionales (incurabilidad, pacientes complicados...)

Estigma y autoestigmatización	Escasa formación de los profesionales y desconocimiento de recursos específicos
Pobre alianza terapéutica	

Fuente: Elaboración propia.

## **2.2. Análisis del fenómeno del estigma desde una perspectiva de patología dual**

A lo largo del presente apartado se realiza un análisis sobre cómo influye el proceso de estigmatización en diferentes aspectos de la vida de las personas con patología dual así como una breve revisión bibliográfica acerca del doble proceso de estigmatización que sufren.

El autor Goffman (1968) definió el estigma como un atributo negativo que establece diferencias entre las personas que lo sufren y las que no, generando, por tanto, situaciones de rechazo y menosprecio hacia quienes poseen dicha condición. Se trata de un juicio de uno mismo por otros en un contexto particular (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017 y Tirado, 2018).

Posteriormente, los autores Link y Phelan (2001) expusieron que el estigma se trata del resultado de un proceso que involucra cinco componentes interrelacionados entre sí, entre los cuales se encuentran los siguientes: el etiquetamiento en base a diferencias, la construcción de estereotipos sociales para los etiquetados de acuerdo con características no deseadas, separación entre quienes llevan la “*etiqueta*” y los que no que conlleva a su vez la pérdida de condición del sujeto. Todo ello produce discriminación, rechazo, devaluación y exclusión social y conduce al último componente; un ejercicio desigual del poder entre los que estigmatizan y los estigmatizados (Tirado, 2018).

Resulta fundamental mencionar que la estigmatización puede deberse a la falta de conocimiento de determinado fenómeno, en este caso de la patología dual; la generación de actitudes negativas conocidas como prejuicios y la evitación o incluso exclusión de las personas con este diagnóstico (Chuaqui, 2005).

Por tanto, la sociedad busca clasificar y dividir a los ciudadanos en función del grado de pertenencia o no a la misma, para ello, excluye a unos colectivos, generalmente los más débiles, de toda participación social y lo hace bajo el imaginario de las ideologías excluyentes a través de miles de atributos negativos que justifican su exclusión y/o incluso marginación otorgando fuerza a la idea de que se puede prescindir de ciertos individuos que se encuentran en los límites o fuera de ellos (Rubio, 2001). De alguna forma, la sociedad tiende a crear cajones donde clasifica e introduce a ciertos individuos y los medios de comunicación facilitan estas representaciones y creencias (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

Por último, se torna fundamental tener en cuenta que el estigma y sus consecuencias se incrementan cuando se trata de una mujer o si la persona padece una comorbilidad o coexistencia de distintas alteraciones, enfermedades y/o trastornos (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

### **2.2.1. Influencia del estigma en diferentes ámbitos de la vida del usuario**

Diversos estudios muestran la existencia de una imagen social negativa tanto hacia el drogodependiente como hacia las personas con trastorno mental grave sostenido básicamente en la creencia de incurabilidad y cronicidad (Braña et al., 2001). Las consecuencias del proceso de estigmatización del colectivo son amplias y diversas, afectando a la totalidad de las áreas de la persona e incluso de su entorno próximo (Aretio, 2010).

Un claro ejemplo resulta la discriminación social, la cual se perpetúa a través de vías muy sutiles pero a su vez poderosas, se produce a través de procesos de confirmación de las expectativas conocido como -profecía autocumplida- y por la activación automática de conductas basadas en estereotipos (Major y O'Brien, 2005 y Muñoz, Pérez Santos y Guillén, 2009).

Siguiendo la misma línea, la restricción de derechos se produce desde la globalidad, una de las áreas más afectadas es la de los derechos sociales con todo lo que conlleva respecto al acceso a recursos de tipo social, a servicios públicos e incluso en oportunidades de participación social (Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental, 2014). Dicho colectivo, experimenta dificultades en el acceso a una

vivienda e incluso en el proceso de formar su propia familia (Aretio, 2010). Según los testimonios de personas con enfermedad mental que se perciben en condiciones adecuadas como para trabajar y mantener el empleo experimentan graves dificultades para encontrarlo debido a la discriminación de los empleadores (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Por tanto, este conjunto de actitudes tiene consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, según el autor Goffman, tanto para las personas “*desacreditadas*” como para las potencialmente “*desacreditables*”, es decir, aquellas personas que no han sido todavía identificadas de manera pública pero que son conscientes de que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición.

En el primer grupo, siguiendo la terminología del autor, se promueve una distancia social y/o rechazo, no las aceptaremos en nuestro círculo social, no queremos que sean vecinos, maridos, nueras, compañeros de trabajo... lo que afecta directamente a los derechos y oportunidades del colectivo funcionando como una barrera en el acceso a una vida social plena y a los diferentes servicios. Respecto al segundo grupo, se producen conductas de tipo evitativo, generando repercusiones negativas en la autoestima y la conducta personal y social (López et al., 2008).

Por todo ello, la falta de tolerancia y el paternalismo se conforman como patrones de interacción social frente a las personas con patología dual, algunas personas toleran su presencia pero evitan el contacto o actúan de manera sobreprotectora con tendencia a la infantilización del colectivo (Badallo, García-Arias y Yélamos, 2013). A su vez, este comportamiento genera repercusiones emocionales en quien estigmatiza tales como ansiedad, miedo, compasión, etc. (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

Existen evidencias de que la discriminación afecta de manera negativa a la calidad de vida vinculándose directamente con una salud física y mental disminuida, con una baja satisfacción personal, con situaciones de pobreza así como con bajo rendimiento académico y acceso limitado a la vivienda y trabajo como se ha comentado con anterioridad (Smith et al., 2010).

En el caso de las personas con patología dual no comparten unos rasgos físicos o un estado tan visible como otros grupos estigmatizados como las personas sin hogar, las personas de

otras culturas, personas con diversidad funcional... por lo que la clave individual más relevante que produce el estigma público es el etiquetado. Por consiguiente, numerosos pacientes evitan a toda costa el contacto con servicios tanto psiquiátricos como orientados a las drogodependencias (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Coincidiendo con lo mencionado con anterioridad, el rechazo social y por consiguiente el etiquetado social que produce dicha situación es una consecuencia directa de que las personas afectadas no deseen acudir a los servicios específicos para abordar la enfermedad tanto en el ámbito sanitario como en el social. Todo ello deriva en que las personas accedan a los recursos de manera más tardía y no en las fases iniciales lo cual contribuye el agravamiento de la enfermedad y las consecuencias de la misma en las diferentes esferas de su vida (Aretio Romero, 2010).

A este hecho se debe añadir que las personas con dicha patología suelen experimentar un prejuicio que puede llevar a denegar la ayuda que solicitan e incluso a sustituir la atención sanitaria por el sistema de justicia penal por lo que se desarrollan de nuevo comportamientos de tipo evitativo (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Además, experimentan ansiedad e inseguridad ante los contactos con otras personas que no tengan problemas de salud mental y/o drogodependencias. Por un lado, por el temor a que no les comprendan y por otro lado, por el temor a faltas de respeto que suelen producirse. Todo ello favorece el establecimiento de relaciones sociales en espacios “*protegidos*” ocasionando un cierto aislamiento social derivado en un empobrecimiento relacional que a su vez puede alimentar situaciones de sobreprotección o dependencia que dificultan un trato igualitario.

No se debe olvidar que las personas consumidoras de drogas también son estigmatizadas por el hecho de considerarlas socialmente como posibles portadoras de enfermedades infecciosas tales como VIH, VHC... por lo que esta estigmatización impacta en la vida de las personas afectadas generando sentimientos de culpa, inferioridad, aislamiento social y sexual así como impactando de forma negativa en la adhesión al tratamiento (De Souza, Araujo y Gir, 2017).

También resulta importante destacar que en el sector sociosanitario algunos profesionales perciben a este tipo de usuarios como complejos y tienden a etiquetarlos antes incluso de escucharlos. Uno de los motivos de que se produzcan este tipo de situaciones puede deberse a



la ausencia de sensibilización, falta de formación de algunos profesionales y el estigma hacia el consumo de sustancias nocivas lo que deriva en cierto rechazo hacia el colectivo y a su vez, en resultados adversos en el proceso terapéutico (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

Las personas más afectadas -aquellas que padecen trastornos mentales graves- experimentan al respecto dos grandes tipos de efectos: los producidos directamente de los procesos de discriminación a los que se ven sometidos y los derivados de su autoestigmatización (López et al., 2008).

Por todo lo comentado con anterioridad, la persona estigmatizada sufre un doble proceso, por un lado su personalidad abarca más atributos y rasgos de los que conforman su estigma y por otro lado, a raíz del proceso de socialización tiene interiorizadas las mismas creencias que el grupo social dominante y pueden centrar sus esfuerzos en intentar ocultar su situación (Aretio, 2010). Lo que a su vez reduce el comportamiento de búsqueda de ayuda y la adherencia al tratamiento. A pesar de haber intentando luchar contra el autoestigma la eficacia de las intervenciones es incierta, según el metaanálisis realizado en 2013 (Büchter y Messe, 2017).

El autoestigma o el ocultamiento del problema por parte de quien lo padece genera invisibilidad por lo que repercute negativamente en la toma de decisiones socio-políticas (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

Otra consecuencia del autoprejuicio y/o autoestigma es que produce reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y autoeficacia bajas por lo que disminuyen las posibilidades de por ejemplo, buscar trabajo o vivir de forma independiente lo cual no se produce por el trastorno en sí sino por el comportamiento de autodiscriminación (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

Siguiendo la misma línea, existen estudios que evidencian que las personas con Trastorno Mental Grave experimentan las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y negativa, asimilando estereotipos de bajo control sobre sí mismos, percepción de peligrosidad e incurabilidad. Esto provoca a su vez que internalicen sentimientos y desmoralización que promueven de nuevo el aislamiento, el estrés y además, se constituye como un factor que

podría aumentar los riesgos de recaídas, los comportamientos autolíticos y los intentos de suicidio (López et al., 2008).

Un estudio realizado acerca de la auto-percepción del estigma social en personas con un diagnóstico de esquizofrenia, los autores López et al. (2008) indican que las categorías de mayor preocupación son la peligrosidad asociada a la idea de que la población les tiene miedo; la culpa, relacionada con el desarrollo de la propia enfermedad; la pérdida de roles sociales; miedo al rechazo por la percepción de ser tratado de forma diferente a los demás fomentando la dificultad para relacionarse adecuadamente. Además, las personas con esquizofrenia que perciben generalmente un mayor grado de estigmatización, puntúan más alto en cuanto a la sintomatología positiva y pérdida de habilidades (Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

Por tanto, la percepción por parte de los propios afectados de que no poseen la capacidad de controlar su comportamiento puede agravar los síntomas negativos de la esquizofrenia, resultando muy nocivo tanto a nivel emocional como conductual y con graves consecuencias en la calidad de vida y autoestima, relacionándose positivamente con síntomas de depresión y/o ansiedad (Muñoz et al., 2011).

Cabe destacar que el proceso de estigmatización también afecta al entorno sociofamiliar lo que se conoce como estigma por extensión y/o asociación, observándose efectos similares a los que sufren las personas con comorbilidad. Suele observarse un aumento a la sobrecarga familiar por tener que manejar un “*descrédito*” añadido, empobreciendo la red social y con limitaciones a la hora de acceder a servicios de ayuda (López et al., 2008). De la misma forma, las familias ven sometida su capacidad para proporcionar ayuda así como para mantener su propio bienestar (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

Por último resulta fundamental mencionar que aquellos usuarios que poseen relaciones sociales de apoyo (familia, amigos...) presentan mejores condiciones de vida y menor presencia de sintomatología, así como menor índice de ingresos hospitalarios en comparación con las personas que carecen de apoyo (Gutiérrez, Caqueo, Ferrer y Fernández, 2012).

Tabla 2. Consecuencias del estigma en diferentes áreas en personas con patología dual.

<b>ÁREA AFECTADA</b>	<b>CONSECUENCIAS</b>
<b>SALUD</b>	<p><i>Aumento de la posibilidad de recaída</i>  <i>Aumento de la frecuencia de hospitalización</i>  <i>Mayor frecuencia de conductas autolíticas</i>  <i>Aumento de los intentos de suicidio</i>  <i>Mayor puntuación en sintomatología positiva (alucinaciones, delirios...)</i>  <i>Mayor puntuación en sintomatología negativa (depresión y ansiedad)</i>  <i>Miedo al contagio de enfermedades infecciosas</i></p>
<b>SOCIOFAMILIAR</b>	<p><i>Exposición a faltas de respeto</i>  <i>Sobreprotección y/o dependencia hacia la familia</i>  <i>Sobrecarga familiar</i>  <i>Reducción de contacto social con personas sin PD</i>  <i>Reducción del ámbito social y aislamiento</i>  <i>Invisibilidad</i>  <i>Miedo y/o desconfianza por parte de otras personas</i>  <i>Aislamiento social y sexual (posibilidad de VIH)</i></p>
<b>LABORAL/ACADÉMICA</b>	<p><i>Bajo rendimiento académico</i>  <i>Dificultad de acceso y/o mantenimiento de empleo</i>  <i>Discriminación por parte de los empleadores</i></p>
<b>DERECHOS</b>	<p><i>Disminución de las vías de acceso a la participación social</i>  <i>Dificultad de toma de decisiones socio-políticas</i>  <i>Dificultad de acceso a vivienda y empleo</i>  <i>Pérdida de roles sociales</i></p>
<b>TRATAMENTAL</b>	<p><i>Negativa a acudir a los recursos (evitación)</i>  <i>Acudir de manera tardía a los recursos</i>  <i>Rechazo y falta de sensibilización por parte de algunos profesionales</i></p>
<b>PSICOLÓGICA/EMOCIONAL</b>	<p><i>Baja autoestima y autoeficacia</i>  <i>Reacciones emocionales negativas</i>  <i>Autoestigmatización</i>  <i>Inseguridad</i>  <i>Ansiedad</i>  <i>Sensación de bajo locus interno</i></p>

Fuente: elaboración propia

### 2.2.2. Doble proceso de estigmatización: TUS y TMG

La estigmatización se trata de un constructo social que abarca actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que se configuran como prejuicios que a su vez conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona (Chuaqui, 2005).

Tal y como se ha comentado con anterioridad las personas con patología dual sufren un doble proceso de estigmatización, por un lado, respecto a los prejuicios que la sociedad ha desarrollado hacia las personas consumidoras de drogas y por otro lado, debido a las ideas prefijadas hacia los ciudadanos con un trastorno mental grave.

Respecto al estigma asociado al consumo de drogas, resulta muy habitual que se asocie el consumo con situaciones de violencia, enfermedad, degradación y pérdida de vínculo social llegando incluso a categorizar a las personas consumidoras bajo la etiqueta de “*delincuentes*” o “*drogadictos*” (Tirado, 2018). El trastorno por consumo de sustancias suele generar un deterioro del entorno sociofamiliar y laboral que a su vez fomenta la creación de un estilo de vida psicosocial acorde con su “*nueva situación*” y su nuevo rol como drogodependiente (Rubio, 2001).

Debido al consumo reiterado de sustancias, la persona sufrirá una deficiencia social, es decir, una pérdida de habilidades, estructura o funciones dependiendo de la(s) sustancias consumidas. Por tanto, adquiere una dificultad para realizar una actividad dentro del margen considerado “*normal*” para la sociedad. Además, de una minusvaloración social basada en una situación desventajosa tanto social como laboral que limita o dificulta el desarrollo de un rol sociolaboral (Rubio, 2001).

De alguna forma, los drogodependientes pierden su lugar en la sociedad si es que en algún momento lo tuvieron y socialmente no se espera que se recuperen, dando lugar a una especie de “*Darwinismo social*” en donde solo experimentan el éxito los individuos más competitivos o los más capacitados socialmente (Rubio, 2001).

Siguiendo la misma línea, el consumo de alcohol u otras drogas derivan en que la persona tenga conductas que no son adecuadas al constructo social, pueden padecer enfermedades físicas y/o psíquicas que les alejan del contexto de lo que socialmente se establece como “*normal*” por lo que resulta habitual relacionarlos con conductas delictivas. Clasificándolos como viciosos, pasotas, desviados... sin tener en cuenta su condición de persona (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

Por otro lado, como afirman Llinares y Lloret (2010) la correlación entre estigma y exclusión social es clara: cuando un usuario es percibido como “*drogadicto*”, su vida queda

automáticamente marcada por atributos negativos; desde que despiertan un sentimiento de desconfianza y de inseguridad, hasta la percepción de una “*incapacidad para distinguir el bien del mal*”, lo que a su vez legitima la exclusión social de la persona drogodependiente.

Su lugar social queda relegado a la agregación en territorios diferenciados y de alguna forma aislados, como son los centros sanitarios para tratar posibles dolencias físicas o los centros terapéuticos destinados a superar la adicción y recuperar sus habilidades psicosociales. Por tanto, la relación de la sociedad en general con dicho colectivo está pautada por la discriminación, es decir, por el trato diferenciado y la participación social en condiciones desventajosas (Rubio, 2001).

Respecto a las personas con Trastorno Mental Grave el diagnóstico psiquiátrico supone una marca que aleja a quien la presenta de la normalidad, atribuyéndole menor responsabilidad así como mayor sensación de peligrosidad (Steadman et al., 1998 citados en Braña et al., 2001).

Por ejemplo, la discusión sobre la capacidad de los adictos a las drogas así como de las personas con enfermedad mental grave para cuidar adecuadamente de sus hijos ha resultado un tema de especial interés, la bibliografía existente refiere problemas pre y peri-natales, de crianza así como una mayor frecuencia de hijos que crecen fuera del núcleo familiar (Braña et al., 2001).

### **3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA:**

A lo largo de este apartado se expone la metodología empleada, así como la descripción de la muestra junto con los criterios de selección de la misma. Todo ello orientado a la consecución de los objetivos propuestos y la obtención de la información para el posterior análisis de resultados, así como para realizar la discusión y la propuesta de futuras líneas de investigación.

El objetivo del trabajo se basa en indagar acerca de la atención proporcionada a las personas con patología dual desde el espacio sociosanitario, detectando las dificultades de intervención

que se desarrollan en dicho espacio así como la influencia del estigma hacia las personas con dicho diagnóstico tanto en el acceso como en la adherencia a los recursos asistenciales.

### **3.1. Objetivos**

A continuación, se detalla tanto el objetivo general del presente trabajo fin de máster así como los objetivos específicos.

**Objetivo general:** Indagar sobre la atención que se realiza desde el espacio sociosanitario a las personas con patología dual

**Objetivo específico:** Contrastar la literatura existente con la información obtenida a través de las entrevistas a profesionales de atención directa en drogodependencias y salud mental

**Objetivo específico:** Analizar la influencia del estigma y autoestigma en el proceso asistencial de las personas con comorbilidad

### **3.2. Metodología**

El instrumento seleccionado para obtener la información ha sido la entrevista cualitativa entendida como:

“un camino clave para explotar la forma en que los sujetos experimentan y entienden su mundo. Proporciona un acceso único al mundo vivido de los sujetos, que describen en sus propias palabras sus actividades, experiencias y opiniones”. Proporciona un acceso único al mundo vivido de los sujetos, que describen en sus propias palabras sus actividades, experiencias y opiniones” (Kvale, 2011, p. 59).

En la presente monografía la entrevista se ha realizado por un lado a profesionales de atención directa para conocer desde su perspectiva las impresiones sobre el objeto de la investigación y por otro lado se ha realizado una entrevista a una persona con un diagnóstico

de patología dual. La entrevista a profesionales (**anexo I**) está conformada por cuatro bloques temáticos referentes al perfil de los usuarios, las barreras de acceso y/o adherencia a los recursos y por último acerca del estigma en los profesionales y los propios usuarios. En total consta de 22 ítems.

Respecto a la entrevista al usuario (**anexo II**) consta de cinco bloques en referencia a diferentes ámbitos: sanitario, sociofamiliar, laboral, tratamental y psicológico. En total consta de 19 ítems, teniendo un carácter más abierto que las de los profesionales, además, se firmó un formulario de consentimiento informado (**anexo IV**). La presente entrevista se ha realizado con el objetivo de realizar una tabla de contraste (**anexo III**) acerca de lo expuesto por profesionales y lo extraído de la revisión bibliográfica y como lo ha vivido el usuario a través de experiencias que ha tenido en diferentes ámbitos.

En el caso de la presente investigación se ha seleccionado la entrevista semiestructurada, caracterizada por la elaboración de un guión previo con los temas que se quieren tratar en la entrevista, siendo a su vez flexible en cuanto a la incorporación de nuevas preguntas, el orden de las mismas y el modo de formularlas. Por lo que permite al entrevistador profundizar en determinados aspectos o pedir alguna aclaración; todo ello favorece la libertad a ambas partes, garantizando que se van a abordar todas las cuestiones relevantes. De forma general, se pueden desarrollar temas que surgen a lo largo de la entrevista y que se consideren relevantes para comprender lo que la persona entrevistada quiere transmitir y no por ello deben incluirse en el resto de las entrevistas (Corbetta, 2007).

Siguiendo la misma línea, la técnica de investigación empleada también cuenta con una serie de limitaciones tales como un enfoque subjetivo, una muestra “*pequeña*” en comparación con estudios cuantitativos y por tanto, la imposibilidad de extraer conclusiones generales. Sin embargo, se considera que la presente técnica es la adecuada debido a que el objetivo del trabajo es conocer la experiencia tanto de los profesionales como del usuario entrevistado desde su propio punto de vista.

En cuanto a la técnica de recogida de información, las entrevistas han sido grabadas en audio y posteriormente se han transcrito para poder realizar la codificación de la información obtenida en las mismas. Para ello, en primer lugar se ha elaborado una tabla (**anexo V**) con cuatro categorías (compuestas por varias subcategorías) y un color asignado. En segundo

lugar, se han releído las entrevistas varias veces para ir seleccionando con los colores apropiados los párrafos significativos de acuerdo con los epígrafes preseleccionados.

La entrevista de tipo semi-estructurada ha sido realizada a diferentes perfiles profesionales que trabajan en la atención directa con personas en situación de grave exclusión social y/o con problemas de drogodependencia y patología dual. Dado el carácter de la investigación, es fundamental recoger información de sectores profesionales, por lo que el muestreo empleado ha sido intencional -conocido también como teórico, (Martín, Crespo-Blanco y Salamanca, 2007).

Entendido el mismo como aquel en el que los sujetos no son elegidos siguiendo las leyes del azar sino por los propios intereses del investigador. En este caso, para definir la muestra se ha seleccionado a los sujetos mediante un muestreo opinático, siguiendo por tanto un criterio previamente establecido. Dicho criterio se ha basado en seleccionar sujetos que, por su formación y, sobre todo, por su trayectoria y experiencia profesional, cuentan con un amplio conocimiento de la situación actual de la atención a personas con patología dual (testigos de excepción). Además, algunos sujetos han sido seleccionados por recomendación de personas entrevistadas con anterioridad (Ruíz, 2012).

A la hora de realizar el muestreo cualitativo, se ha comenzado identificando los ambientes propicios. En este caso, asociaciones pertenecientes al tercer sector y/o al ámbito de la sanidad pública Vasca -Osakidetza- cuya atención esté dirigida a personas con esta problemática y posteriormente a grupos de profesionales de dichas entidades cuya labor esté basada en la intervención directa con los usuarios de dichos recursos y por último, concretando a qué personas realizar la entrevista. De forma más concreta, para la realización de las entrevistas (n=5) a profesionales y usuario (n=1). Se contactó con varios recursos y servicios del ámbito de las drogodependencias, de la salud mental y la exclusión social grave.

A continuación se muestran las características básicas de los profesionales de atención directa entrevistados para acercar al lector a la perspectiva académica y profesional desde la que expone su punto de vista cada persona entrevistada:



Tabla 3. Características básicas de los profesionales entrevistados

Código entrevistado/a	Formación académica	Tipo de recurso
001	Grado en medicina, especialización en psiquiatría y psicoterapia	Centro de salud mental de centro Penitenciario
002	Grado en enfermería y educación social	Centro sociosanitario de atención a las adicciones
003	Grado en psicología y especialización en drogodependencias e intervención social	Centro de Día de Baja exigencia destinado a personas en exclusión social
004	Grado en educación social	Centro sociosanitario de atención a las adicciones
005	Grado en terapia ocupacional y especialización en rehabilitación psicosocial en salud mental	Centro de incorporación para personas en situación de sinhogarismo

## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente apartado se realiza un análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a diferentes profesionales de atención directa tanto del ámbito de las drogodependencias como del ámbito de la salud mental. Se divide en **cuatro bloques** (descripción y evolución de las características del colectivo, barreras de acceso y/o adherencia a los recursos asistenciales, percepción del estigma y sugerencias y/o aspectos de mejora) para facilitar y favorecer la comprensión de los contenidos. Además, en el **anexo III** se expone una tabla a modo de contraste entre lo que expresan los profesionales y el usuario entrevistado.

### 4.1. Descripción y evolución de las características del colectivo

De forma general, los profesionales entrevistados han manifestado un aumento de la prevalencia de personas con patología dual, comentan que no es solamente por el consumo de sustancias tóxicas sino por los cambios sociales que se están produciendo por lo que se deduce que hay diversas causas que puedan derivar en el desarrollo de una patología dual.

*“Ahora cada vez está cambiando más y es que los psicóticos al uso, los clásicos nuestros también, ya es consumo de todo, antes una depresión de una persona de cuarenta años era muy difícil que consumiera cocaína pero como ahora es tan fácil que accedan a la droga se automedican con la cocaína, no es que sea en contextos de fiesta, ahora es todo más fácil”*

**004**

También se menciona que parte de la población con esta problemática no está diagnosticada por la dificultad que en ocasiones les supone el acudir a los recursos pertinentes, cuestión que se abordará en los siguientes bloques.

Respecto a las **principales características** de este colectivo resulta complejo establecer generalidades pero sí que en los recursos de la red asistencial pertenecientes al ámbito de las drogodependencias nos encontramos con personas con un consumo cronificado, sin vivienda segura y/o adecuada así como con dificultades para mantener o encontrar un empleo.

*“A ver es el tema de la exclusión social eso está claro, la mayoría de la gente son personas excluidas, son gente con... no tienen nada, de vivienda también están fuera, en situación de calle o en vivienda precaria o en tema económico... salud... muy deteriorada con hábitos muy dañinos, con temas legales, es un poco desde ahí...” 001*

*“Desde mi experiencia, acompañamiento a personas en grave situación de exclusión social con PD, se trata de personas con una cronificación en el ámbito psicosocial gravísima, con una “mochila” cargada de estigma y rechazo por parte de la sociedad” 003*

Sin embargo, a raíz de los cambios sociales que se han ido produciendo el perfil se está ampliando a personas con vidas más “normalizadas” dando lugar a que las características sean totalmente dispares respecto al consumo, el tipo de problemática de salud mental así como las causas y las consecuencias.

*“Las sustancias estimulantes en este caso, están llevado a jóvenes a desarrollar TUS y que probablemente, deriven en cuadros psicopatológicos de índole más grave. Por otro lado, también está el caso de las mujeres; debido a problemáticas específicas de género (carga de cuidados, trabajo en el ámbito privado no reconocido socialmente) el consumo de hipnosedantes se ha visto aumentado en las mujeres adultas, asociándose generalmente a cuadros depresivos y de ansiedad.” 003*

En cuanto a las principales necesidades detectadas varios de los profesionales hablan de iniciar la intervención desde una mirada basada en la reducción de daños y riesgos, es decir,

fomentar un consumo lo menos dañino posible e intentar orientar a los usuarios respecto a temas de medicación, sustancias que deberían evitar...

*“En este centro el objetivo principal es reducir daños y riesgos en cuanto a su consumo de drogas pero en la medida que podemos ir conectando con ellos pues ir también detectando seguramente alguna dificultad o necesidades que puedan tener y abrir pistas o ponerles en camino, en situación, para que puedan iniciar procesos de inclusión, pero claro, con mucha dificultad añadida...”001*

## **4.2. Percepción del estigma**

Diversas investigaciones han demostrado a lo largo de los años una estrecha relación entre las experiencias estigmatizantes y el bienestar de las personas estigmatizadas (Link y Phelan, 2001). El estigma aumenta las probabilidades de sufrir daños en la salud mental de las personas consumidoras de drogas, incluso cuando estas han dejado de consumir y se encuentran en itinerarios de recuperación (Pérez-Floriano, 2018).

Tal y como se ha comentado con anterioridad, se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa entre la dependencia a sustancias y enfermedades (Minoletti, 2004). Por tanto, el sufrir cualquiera de estas dos problemáticas se asocia a mayor riesgo de llegar a tener la otra. Sin embargo, el peor pronóstico que se identifica con la patología dual se debe al mayor número de complicaciones de tipo físico, psicológico y social asociadas a la misma. Es habitual, coincidiendo con lo expuesto por uno de los profesionales entrevistados un sentimiento de impotencia en el abordaje terapéutico de estos pacientes (Arana y Germán, 2005):

*“Sí que entiendo que son las personas que más dificultades tienen para ser aceptadas por parte de otros recursos y más cuando conviven con otro tipo de personas, en un tratamiento, en un centro de día, en una comunidad... pues nos genera unas dificultades que otros no te generan, la expectativa de mejora es peor que los que no... con lo cual también te frustras más con estas personas que no tanto con las otras ¿no? entonces igual no hay un estigma consciente de decir “va estos no quiero saber nada” pero si te cansan más, si te agotan más... si te causan menos satisfacción o menos gratificación... ver soluciones...sí que es verdad que a veces uno se queda...con ciertas limitaciones. El pensamiento de con este voy a llegar hasta aquí y ya está...”001*

Por tanto, tanto la dificultad de “encaje” en los recursos asistenciales así como la carencia de

recursos específicos para personas con patología dual conlleva que los usuarios sean rechazados tanto en los dispositivos de atención a la salud mental como en los destinados al tratamiento de las drogodependencias, generando mayor vulnerabilidad y una especial situación de desprotección y/o desamparo (Arana y Germán, 2005).

Por otro lado, según las actuales clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud y la Asociaciones de Psiquiatría (DSM y CIE), las adicciones constituyen un trastorno mental, como otros, y no se trata de un problema de voluntad o de vicio de las personas que lo sufren (Sociedad Española de Patología Dual, 2016). A pesar de ello, los entrevistados mencionan que se desarrolla un estigma mayor hacia las personas consumidoras:

*“Sí, a ver la sociedad con los enfermos mentales pues no sé, a veces... si es verdad que son más excluidos pero igual pueden llegar a pensar -no tiene la culpa son enfermos y ya está- pero con los toxicómanos ¿sí no? él se lo ha buscado....es lo que quiere...pues con estas personas igual se da un poco esa doble historia” 001*

Siguiendo la misma línea, varios estudios realizados en Europa y Estados Unidos han evidenciado que la población en general desarrolla imágenes más negativas en primer lugar de personas adictas, en segundo lugar de personas con esquizofrenia y en tercer lugar de personas diagnosticadas de depresión. Dichos estudios van más allá y exponen que las personas son más propensas a estereotipar a aquellos que “voluntariamente” adquieren el estigma; es decir, que en un principio tenían control de la situación. (Pérez-Floriano, 2018).

*“Para mí a nivel social sigue habiendo mucho de: se lo merecen, consumen porque quieren, que hubieran hecho algo con su vida... los medios de comunicación/ instituciones siempre atacan al excluido, al que está fuera de todos los circuitos sociales, como si fueran ellos/as los que tienen la responsabilidad absoluta de estar donde están” 003*

Siguiendo a Corrigan y Watson (2002), este hecho conduce a que las personas no presten ayuda a aquellos que consideran responsables de sus males, por ejemplo, en el caso de las personas adictas. En cambio, resulta probable que se muestren más favorables a prestar ayuda a personas que no tuvieron control sobre la situación que los condujo a la estigmatización como podría ser en el caso de personas con trastornos mentales graves.

*“Con las personas consumidoras también existe ese estigma, no es tanto por las enfermedades infecciosas sino porque no avisa que consume y que además va sucio, va con*

*malas pintas, la primera etiqueta que se le pone es... este me va a robar ¿vale? la segunda etiqueta que se le pone desde el servicio de urgencias de un centro de salud o de un hospital... y no hace falta decirlo porque con el lenguaje no verbal ya lo estás diciendo, es cuando cuchicheas con el médico y le dices -este ya verás seguro que quiere pastillas...-*

**002**

Resulta importante mencionar que en ámbito de la salud pública, se produce una escasa o nula atención a las personas drogodependientes como sujetos de derechos, la actitud misma del funcionariado de las instituciones públicas y de la población en general tiende a estigmatizarlos y a segregarlos (Pérez-Floriano, 2018).

*“Al final, si le dices a una persona constantemente que no puede hacer algo... o que les ponemos la etiqueta de “no capaces” la persona pierde el interés en intentar cambiar o mejorar su situación, de alguna forma se abandona y se escuda también en ese prejuicio para justificar su actitud... es bastante complejo”* **002**

Tras una revisión bibliográfica y los testimonios de algunos de los entrevistados la prevalencia desmotivacional que se desarrolla en las personas con patología dual sugiere que las investigaciones, evaluaciones e intervenciones deberían incluir como variable de análisis los factores tanto inhibidores como facilitadores que influyen en las conductas motivadas de este colectivo. Por tanto, debido a que la falta de motivación influye en la adherencia y en el proceso de rehabilitación debería intentar comprenderse como un hecho sintomático de la propia interacción patológica (Rodríguez Luna et al., 2016).

*“Ellos mismos te dicen, ellos lo interiorizan todo lo que te he comentado antes, ese prejuicio lo guardan dentro y entonces piensan “como yo no soy capaz porque el entorno me ha dicho que nunca voy a ser capaz pues para que me voy a esforzar si total...” claro que se lo creen y luego es muy difícil revolver eso, revertir eso y decirles perdona “tú puedes”. Es como al niño que le dicen en el colegio que es tonto, al final se lo acaba creyendo.”* **002**

Además, el paciente con patología dual se encuentra generalmente en un estado de mayor vulnerabilidad en todos los aspectos para hacer frente al trastorno por uso y abuso de sustancias. De alguna manera, se acumula la falta de sentido de control y de logro con la reprobación y discriminación social, produciendo de forma directa, una disminución de su competencia personal y haciendo que se perciba como incapaz así como un estorbo para su entorno sociofamiliar (Rodríguez Luna et al., 2016).

*“Sí, sobre todo con determinados consumidores y con los programas, por ejemplo con el de metadona, uno de los programas que más vidas ha salvado y aún no está estigmatizado, que*

*la metadona es un fármaco ¿eh? pero parece que es el fármaco de los sin techo, de los tirados, de los yonkis...serán adictos pero son pacientes también.” 004*

Siguiendo la misma línea, numerosas personas que acuden a los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) acarrean historias personales duras (pérdida de trabajo, amistades...) a raíz de revelar que acudían a este tipo de programa por el estigma que supone, por lo que resulta habitual que se sientan desvalorizados y/o desacreditados. Además, a pesar de apuntarse a un programa de metadona y comenzar un cambio con el objetivo de transformar una identidad mal vista socialmente a una más aceptada, no consiguen que esa “etiqueta” desaparezca, por lo que se sienten en una especie de limbo (Murphy e Irwin, 1995).

*“Pues lo perciben, no todos los psiquiatras le quieren atender, se van pasando el bulto, cuando llegan a urgencias también se les maltrata, en todos los lados se sienten así. Ellos, no todos eh, pero si tú tienes un comportamiento agresivo pues es porque también no te dan las cosas, es como un niño ¿no? ellos se ponen agresivos porque es la única forma de conseguir lo que ellos quieren, que se les atienda, porque claro es peor porque empeora las cosas pero esa es la parte agresiva de ellos, lo mal que se relacionan en las relaciones humanas... nosotros a los yonkis les tratamos como si no fueran humanos ¿no? y es gente que ha encontrado X cosa para calmar su angustia...” 004*

Coincidiendo con el testimonio del **entrevistado 004**, a las personas con TMG y/o Patología dual, se les otorga menor credibilidad que a otros pacientes, atribuyendo con frecuencia sus quejas a problemas de tipo psicológico. Esto se debe, por un lado, a las actitudes negativas de los propios profesionales hacia este colectivo como a la asociación de las personas con trastornos mentales a ideas de impredecibilidad, violencia e incurabilidad, así como a temor, incomodidad, etc. (Winter, Gil, León y Navarrete, 2016).

### **4.3. Barreras de acceso y/o adherencia a los recursos asistenciales**

Respecto al segundo bloque, existe diversidad de opiniones acerca de las posibles **limitaciones y/o barreras** que surgen a la hora de trabajar con personas con patología dual, tanto desde la perspectiva del profesional como desde la del usuario.

Una de las principales barreras es el bloqueo emocional que experimentan las personas con problemas de consumo de sustancias. Este hecho deriva en conductas de tipo impulsivo, en

una necesidad de reforzamiento inmediato así como una dificultad para demorar la recompensa (Rodríguez Luna et al., 2016).

*“No quiere esperar, no le interesa, se agobia... además, un drogodependiente funciona mucho con los placeres inmediatos, con lo cual, si tu no juegas con eso, es decir, tienes que venderle algo desde la naturalidad como persona y no como en el estigma y con el prejuicio...” 002*

Por otro lado, siguiendo el modelo de recuperación -recovery- se debe asumir que la persona protagonista del proceso debe ser el usuario, convirtiéndose en un agente activo y no en un mero receptor de “cuidados” e intervenciones. Se deben trabajar, no solo aspectos farmacológicos sino abrir el itinerario a diferentes áreas de intervención; actividades de la vida diaria, psicomotricidad, psicoeducación, habilidades sociales, ocio y tiempo libre... (Conde, s.f).

*“La gran importancia que se otorga al trastorno mental. Considero que muchas de las intervenciones están altamente ligadas a aspectos más biomédicos (como la importancia absoluta de la medicación). Si es cierto que, en muchas ocasiones, existen dificultades para llevar a cabo una toma de medicación correcta, sin embargo, desde la intervención psicosocial deberíamos centrarnos más en aspectos personales, emocionales y relacionales de las personas.” 003*

Por tanto, dirigir las intervenciones hacia un -modelo de recuperación- supone dejar la patología, la enfermedad y los síntomas en un segundo plano dando verdadera importancia a la salud, al bienestar, así como a las capacidades y fortalezas de cada persona no centrándose únicamente en las limitaciones (Conde, s.f).

*“Para mí lo importante sería que cada persona lo pudiera elegir, lo bueno sería eso, no imponer adherencias a centros, sino que cada persona tenga la posibilidad de inventar su propia red particular, con los recursos que quiera y considera que necesita “003*

Esto a su vez pretende evitar que el profesional no cuente con el paciente en la toma de decisiones respecto a su propio proceso de rehabilitación, cayendo en el error de que terceras personas tales como profesionales, familiares... decidan y presupongan lo que es mejor para el usuario sin contar siquiera con su opinión (Conde, s.f).

Respecto a los **recursos**, debido a la complejidad de la patología, resulta fundamental asegurarse de que el paciente esté ubicado en el servicio correcto y que se dispone de los

recursos mínimos para contenerle en el caso de presentarse alguna crisis como puede ser un brote psicótico o una recaída. Si no es así, se está propiciando un ambiente que favorece un deterioro y un mal pronóstico de la enfermedad (Moreno Salas, 2012).

*“En la unidad de desintoxicación de Galdakao, allí nos encontramos con cualquier cosa pero también es verdad que es un hospital y en el hospital estamos médicos 24 horas, así es fácil meter una persona con un trastorno bipolar descompensado que consume X... lo puede coger una unidad así pero ponte eso en un piso de acogida de Cáritas con educadores 24 horas, eso es un marrón, ¿eh?” 004*

Por otro lado y **siguiendo con las dificultades y/o barreras** que impiden la adherencia o una correcta atención nos encontramos lo siguiente:

*“Son pacientes difíciles, crónicos, que muchas veces no mejoran, es lo difícil que es, tanto si es un trastorno de personalidad con un consumo es difícil por lo complejo que se hace el tratamiento y luego hay pacientes muy graves, nosotros, bueno yo siempre lo digo los cardiólogos tienen casos terminales.... nosotros también tenemos a personas que están muy mal y que hay que ser consciente de la realidad de estos pacientes, no es solo dejar la heroína porque hay personas que no lo van a dejar nunca y puede ser que muera el mes que viene y los psiquiatras no aceptamos esas cosas...algunos se suicidan, otros se van suicidando poco a poco con los consumos...y eso lo ves, y eso hay que asumirlo, es ese plus de gravedad de los duales... “004*

Si este tipo de situaciones no se gestionan de manera adecuada los profesionales tanto del ámbito sanitario como social pueden desarrollar el Síndrome de Burnout basado en una respuesta al estrés crónico caracterizado por el agotamiento físico y psicológico así como por actitudes frías y despersonalizadas hacia los usuarios y/o pacientes (Morales, Carola Pérez y Menares, 2003).

*“La frustración que en numerosas ocasiones sentimos los/as profesionales por intentar llevar a cabo intervenciones re-educadoras. Es decir, es evidente que debido a las grandes dificultades de este colectivo no podemos intentar encauzarlos hacia lo que estadísticamente se entiende como normal, porque probablemente acabaremos fracasando y por tanto, frustrándonos como profesionales “003*

Por tanto, frente al mencionado riesgo, resulta preciso que el cuidador no solo cuide a la persona que tiene delante sino que también desarrolle acciones para cuidarse a sí mismo. (Olabarría y Mansilla, 2007).



Respecto a la cuestión de si **flexibilizar de alguna forma los consumos** en determinados recursos y que no sean un motivo excluyente a la hora de proporcionar atención, las opiniones son diversas, dos de los cinco entrevistados consideran que es importante priorizar el espacio del recurso y el bienestar del resto de usuarios

*“Creo que tiene que haber cierta flexibilidad para permitir que la gente esté en esos servicios pero a su vez también hay que tener unos mínimos muy claros puestos porque estamos hablando del tratamiento de esa persona pero también de otros que están a su alrededor....entonces sí que tiene que haber espacios donde garantizar la abstinencia o garantizar que la medicación esté ¿no? hay personas que si no están medicadas pueden poner en riesgo su vida o la de los demás, en un ámbito de convivencia, en un no sé... en un piso... en una residencia donde hay cocina, tal cual... donde convives... ¿no? entiendo que hay sí que si pues hay que garantizar una serie de mínimos” 001*

En cambio, cuatro de los profesionales consideran que el expulsar, sancionar o denegar el acceso a un usuario por consumir sustancias favorece su proceso de exclusión social así como la dificultad de acceso a los recursos; por tanto, optan por intervenciones de carácter intermedio y por flexibilizar la normativa enfocándola a la reducción de daños y riesgos así como a la libre elección de la persona.

*“En la unidad de desintoxicación ahora se permite consumir pero fuera, es decir, antes no se podía de ninguna forma, es que en una comunidad terapéutica no tiene sentido echarles porque fuman muchos cigarrillos o porque fuma un porro... es muy loco eso, al final pierdes a la persona. Hay que ser un poco más flexible” 004*

*“Pues creo que muchas veces los usuarios consumen pero mientras no interfiera en el buen hacer o en las directrices del funcionamiento del dispositivo...puede parecer descabellado, pero si el hecho de consumir, el usuario puede trabajar sin sintomatología no le veo la necesidad de restringirlo, aunque también es cierto, que debería de estudiarse el caso, porque cada persona es diferente”005*

Desde un punto de vista histórico, el estigma y el rechazo hacia las personas drogodependientes siempre ha existido por lo que se deben superar los prejuicios clínicos y comenzar a desarrollar un enfoque basado en los derechos humanos dado que estos usuarios tienen derecho a percibir atención de calidad sin excepción, independientemente de la existencia de consumos activos o no (Moreno Salas, 2012).

*“Desde mi punto de vista, dejar que el síntoma se exprese, se explicita. Sin la aparición del síntoma (consumo, en este caso) no se podría trabajar sobre él.” 003*

Uno de ellos va más allá y expresa que el castigo no es favorable con este tipo de colectivo:

*“Yo creo que el castigo no ayuda a estos pacientes de hecho los más graves solo funcionan con recompensa, eso se ve, por lo menos en el antisocial, el castigo les refuerza las conductas, ya están tan acostumbrados a eso... además les justifica su adicción, es como si ya me has echado... pues consumo. ¿Y qué función tiene el castigo? si surtiera efecto pues vale hay que ser poli pero hay que ser efectivo más que policía, a ver estos chicos que hemos echado estos años del programa porque eran heroinómanos y fumaban porros... ¿donde están? ¿donde han acabado?” 004*

Diversos autores consideran que el criterio de recaída como aspecto para limitar el reingreso de un usuario a un servicio y/o recurso debe ser cuestionado. Siguiendo los planteamientos del proceso de cambio y la entrevista motivacional, tanto los deslices como las recaídas son considerados como parte del proceso de rehabilitación. Además, la posibilidad de que un paciente con comorbilidad presente una recaída resulta elevada por lo que debe interpretarse como un síntoma como otro cualquiera de la enfermedad (Moreno Salas, 2012).

En cuanto a la **adherencia**, coinciden por unanimidad todos los profesionales entrevistados. Consideran que la adherencia a los recursos de las personas con PD resulta muy escasa y algunos de los motivos que exponen son los siguientes:

*“Los recursos a veces pues están limitados en cuanto a... pues tema económico mismo pues en cuanto a profesionales, en cuanto a citas individuales, en cuanto a citas psicológicas, en cuanto a citas psiquiátricas...y no puedes dar igual todo lo que estas personas necesitan ¿no? pero hombre yo creo que la mayor parte de la dificultad parte de la propia patología de las personas” 001*

*“Porque el recurso no cubre ni sus expectativas ni sus necesidades, es decir, una persona con una enfermedad mental tiene unas necesidades muy distintas, de hecho cualquier servicio un enfermo mental o los enfermos mentales o las zonas de salud mental están muy diferenciadas del resto de los pacientes porque ni funcionan igual ni se trabaja igual ni el tipo de actividad que se hace con ellos es igual, con lo cual el abandono del recurso es porque no cubre primero sus expectativas, su necesidad es no solo de vínculo o de tratamiento de adherencia, de adherencia a tratamiento y no sé qué, al final abandona porque... no cumple la expectativa ni se adapta a la intensidad. “ 002*

Es cierto que las personas que presentan un TMG, comparten unos elementos comunes como pueden ser una mayor vulnerabilidad al estrés, déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse de forma autónoma... derivados de los problemas de índole psiquiátrico y

psicosocial propios de la enfermedad; sin embargo, comparten con el resto de la población - como ciudadanos que son- problemas y necesidades comunes tales como el trabajo, alimentación, apoyo sociofamiliar... (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002).

A este hecho se debe añadir que este colectivo presenta gran variedad de problemas que no se reducen solamente a la sintomatología psicopatológica sino que afectan a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002).

*“Dos aspectos clave: la importancia/centralidad del TMG y todo lo asociado a él (medicación, alto control...) con el altísimo estigma que las personas arrastran por él. Y el empeño institucional de re-educar, entender la incorporación social como algo objetivo, positivista y no como algo particular” 003*

Por tanto, a pesar de que se compartan problemas más o menos frecuentes, estos se concretan y desarrollan en cada individuo de un modo individualizado y particular en función de la interacción de numerosos factores psicológicos, biológicos, familiares y sociales de la vida de cada persona (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002).

#### **4.4. Sugerencias e ideas de mejora**

De forma general los profesionales exponen la importancia de mejorar la formación de las personas que intervienen en el ámbito de la patología dual, independientemente de si se pertenece al ámbito de lo social o de lo sanitario, resulta fundamental que por un lado el personal sanitario adquiera conocimientos acerca de herramientas para poder vincular, empatizar y resolver los conflictos que pueden ir apareciendo durante el proceso y que por otro lado el personal dedicado al ámbito social (trabajadores, educadores...) tengan conocimientos acerca de las diferentes patologías mentales así como los procesos de adicción y/o dependencia a sustancias para precisamente saber qué herramientas utilizar con cada persona.

*“Yo creo que la formación de profesionales es muy importante y luego hacer un buen diagnóstico que las personas puedan tener ese diagnóstico y a partir de ahí ofrecer o actuar de la manera que uno precisa, que durante muchos años si es verdad que se ha ido tratando a todo el mundo pues igual, siguiendo todos los mismos itinerarios desde la buena fe de lo*

*que funcionaba, de lo que había...pero todo esto tan cambiante y este perfil y este incremento de personas con patología dual pues requiere otra respuesta ¿no? yo creo que pasa por la formación y por un buen diagnóstico”001*

También resulta fundamental crear **itinerarios individualizados** atendiendo a las características particulares de cada usuario.

*“Hace falta ver menos droga y trastorno, para ver más personas, más vivencias, más emociones... para poder entender a las personas de verdad, independientemente del TMG que tengan o lo que consuman.” 003*

Por lo que se propone el modelo de construcción del caso, el cual consiste en apoyar al sujeto, ponerlo en el centro de la red y que se prioricen las conversaciones entre profesionales de manera horizontal para descubrir nuevas formas de atención social y solventar los puntos de dificultad del caso, favoreciendo que los servicios ofrezcan un mayor apoyo al sujeto. Este hecho es apoyado por el modelo de construcción del caso en red, llevado a cabo por Bizkaisida (Gutiérrez, Iglesias y Sánchez, 2017).

El autor Fernando Fantova (2009) considera que en una intervención transversal como es la intervención en drogodependencias debe obtener mayor relevancia la coordinación y sinergia entre las diversas ramas. Abordando tres niveles: macro (planes, leyes), meso (ventanilla única) y micro (gestión de casos, protocolos).

Por otro lado, respecto al **nivel de exigencia de los recursos** se considera importante desarrollar recursos más intermedios, es decir, de baja o media exigencia para que las personas que no consiguen adaptarse a determinadas normas puedan incluirse en otro tipo de tratamientos con la libertad de poder elegir si desean seguir consumiendo, si quieren tomar la medicación... de esta forma les convertimos en protagonistas de su itinerario sociosanitario.

*“No es que estas personas sean incapaces, sino que son incapaces de seguir nuestras normas, les ponemos unas metas insalvables, si se baja la exigencia, se baja el recurso a lo que necesita el sujeto ¿eh? joder pues haríamos una medicina para el sujeto, pero si a un señor que no tiene piernas le pones vallas nunca las va a saltar, no nos va a pedir ayudar y aunque se la queramos dar las condiciones no son buenas, son imposibles para él, que sí tómate la medicina, que sí levántate a las 8 de la mañana, que si haz papeles, que si no te drogas... claro es que si pudiese hacer eso sin problemas no estaría con nosotros ¿no?” 004*

La baja exigencia se basa en una metodología de trabajo donde el ritmo, necesidades, demandas, oportunidades y expectativas las va marcando la persona usuaria, es decir, no se parte de un nivel de exigencia preestablecido. Resulta fundamental que la propia persona sea la que detecte sus propias necesidades y los cambios tanto a corto como a largo plazo que desea ir dando, los profesionales deben estar a su lado y no “*ir por delante*” para evitar tanto la frustración del profesional como la del propio usuario (Fraiz, Arginarena y De la rua, 2014).

Siguiendo la misma línea, desde el ámbito educativo, el autor Csikszentmihalyi (1998) expone que lo fundamental en los programas y/o servicios, independientemente del ámbito al que pertenezcan, es que consigan proporcionar una sensación de que las habilidades de las personas son adecuadas para enfrentarse a los desafíos que se van presentando (Mesurado, 2010).

Las dimensiones que influyen en lo anteriormente comentado son el equilibrio desafío-habilidad, fusión acción-atención, metas claras y un feedback sin ambigüedad. En este caso, tal y como afirman algunos de los entrevistados, es importante lograr un equilibrio entre desafío-habilidad, es decir, no resulta conveniente proponer al usuario como profesionales unas metas demasiado elevadas porque generarían frustración y tampoco unas demasiado bajas o que no se corresponden con sus deseos porque el efecto que se conseguirá es de hastío y desinterés (Fernández, Perez Nieto y González Ordi, 2013).

Otro aspecto que se recogió durante las entrevistas está directamente relacionado con el riesgo de desarrollar una especie de “*complejo de héroe y/o salvador*” -siempre desde la mejor intención-. La idea de que se puede “*salvar*” a todas las personas con las que se interviene, ese pensamiento acaba siendo frustrante tanto para el profesional que se ve incapaz de encontrar herramientas o alternativas como para el usuario que se siente frustrado por no conseguir las metas propuestas.

*“Hay veces que son causas perdidas y hay que asumirlo y estar con ellos hasta el final, ¿tu vas a abandonar a una insuficiencia cardiaca terminal porque ya no puedes hacer nada? pues no, ahí hasta que se muera, es un poco eso, sin ser héroe pero estar ahí, claro que se les ve como causas perdidas y es frustrante porque se está destruyendo en tu cara y no puedes acceder a él pero es que tienes que estar ahí y asumirlo.” 004*

Por ello, resulta fundamental incorporar a nuestro esquema de pensamiento que este tipo de situaciones pueden darse e intentar normalizarlas dentro de lo posible tanto para proteger a los profesionales como a los usuarios.

Para terminar, varios profesionales han comentado la importancia de **unificar la atención de las personas con patología dual**, es decir, que la atención no sea parcializada para permitir que el usuario tenga una persona de referencia y no tenga que ir de un recurso a otro para tratar cada una de sus problemáticas y/o necesidades.

*“Si te toca una persona con patología dual pues nos ayudaremos poco a poco, pero no debemos pasarnos pacientes como pelotas de un sitio a otro... no pueden estar yendo por el alcohol a un sitio y a otro sitio por su trastorno mental y a otro sitio por el tema de la exclusión social...” 004*

A pesar de que lo ideal sería proporcionar a las personas con patología dual un tratamiento integrado, lo más común es que sean receptores de tratamientos en paralelo, dichos tratamientos experimentan diferencias en su organización y sus objetivos por lo que no existen criterios consensuados de intervención (Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia, 2007). Coincidiendo con lo anteriormente comentado a las personas con TMG y TUS, se les debe garantizar un acceso óptimo a un único modelo asistencial de tipo multidisciplinar que integre y no solamente coordine ambas redes debido a que la existencia como hasta ahora de dos puertas: adicciones y salud mental, para una única persona, genera el síndrome de la puerta equivocada (Sociedad Española de Patología Dual, 2016).

## **5. CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**

Hasta hace relativamente poco tiempo, la mayoría de las investigaciones acerca de la patología dual se han basado en delimitar el concepto, en estudiar las consecuencias a nivel físico así como el efecto de la medicación psiquiátrica y los tratamientos sustitutivos de opiáceos. Sin embargo, a pesar de que se trata de investigaciones que sin duda ayudan a mejorar la atención a las personas con dicha problemática, desde mi punto de vista como

educadora social se debe prestar mayor atención a las consecuencias psicosociales de esta problemática, incluyendo también una perspectiva de género.

Siguiendo la misma línea, no se trata solamente de desarrollar una distinción entre sintomatología, diagnósticos, sustancias consumidas y sus efectos... sino que resulta recomendable pasar a un segundo plano lo meramente médico y atender a dicho colectivo desde una perspectiva biopsicosocial.

En las últimas décadas está adquiriendo una notoria importancia el espacio sociosanitario debido a que proporciona la posibilidad de ofrecer una intervención de carácter integral a las personas en situaciones de alta vulnerabilidad derivadas de determinadas enfermedades, situaciones de dependencia y/o carencias de tipo social. El objetivo de dicho espacio es evitar proporcionar una atención parcializada y aumentar la accesibilidad de los usuarios a la atención tanto sanitaria como social.

Este espacio es un claro ejemplo de cómo los recursos y servicios deben adaptarse en función de las necesidades de los colectivos a los que atienden porque a medida que se solucionan determinadas necesidades, van surgiendo otras diferentes a las que se debe proporcionar una respuesta eficaz y coordinada. Por tanto, se exponen unas recomendaciones acerca de cómo mejorar la atención a las personas con patología dual.

Por un lado, resulta conveniente proporcionar mayor formación a los profesionales de atención directa pero no solamente en cuanto a diagnósticos, herramientas de intervención... sino también ofrecer desde las entidades públicas y privadas programas de formación para la erradicación del estigma por parte de los profesionales. Tal y como afirman numerosas investigaciones, la actitud de los profesionales de los servicios posee gran influencia en la alianza terapéutica y como consecuencia en la adherencia a los recursos asistenciales. Los profesionales debemos abandonar posiciones de “*poder*” y ofrecer a la persona que tenemos delante una comunicación bidireccional, sin juzgar, simplemente acompañando durante el proceso.

Por otro lado, se ha evidenciado una alta cronicidad en los recursos destinados sobre todo a las personas con TMG. Cuanto mayor sea su efectividad menor será el grado de cronicidad entendido como la dependencia a un programa de tratamiento por no conseguir dotar a los

usuarios del mismo de autonomía suficiente. Por tanto, la efectividad y la cronicidad son dos caras de la misma moneda, por lo que se plantea un reto de futuro: determinar con mayor precisión los factores para adaptar los programas a los usuarios y que no generen dependencia teniendo en cuenta que la fase de mantenimiento se debe de llevar en un soporte biopsicosocial durante un periodo de tiempo extenso.

Como futuras líneas de investigación resultaría interesante profundizar en las consecuencias psicosociales no solamente desde la perspectiva de los profesionales sino desde la de los propios afectados así como de las familias.

Por último, también resulta fundamental prestar especial atención a la evolución de los perfiles de personas consumidoras de drogas debido a que el consumo ha ido cambiando hacia consumos aparentemente menos lesivos, más próximos y aceptables socialmente como el uso de cocaína o anfetaminas, sin embargo, las consecuencias del mismo son realmente graves.



## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arana, X., y Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual. *Eguzkilore*, 19, 169-215.
- Aretio Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C. y Babin, F. (2013). Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2), 122-129
- Arnaiz, A., y Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte Salud Mental*(26), 49-59.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2002). Rehabilitación psicosocial en el trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. *Cuadernos técnicos*, 6.
- Badallo Carbajosa, A., García-Arias, S., y Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista asociación española de neuropsiquiatría*, 33(120), 737-747.
- Barbee JG, Clark PD, Crapanzano MS, Heintz GC, Kehec CE. (1989). Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatric service. *J Nerv Ment Dis* 177, 400-7.
- Brady KT, Casto S, Lydiard RB. (1991). Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. *Am J Drug Alcohol Abuse* 17, 389-97.
- Braña, B., Rodríguez Díaz, F., Cuesta, M., Bobes, J., Gómez, P., y Saíz, P. (2001). Imagen del drogodependiente y el enfermo mental entre los profesionales de la salud. *Adicciones*, 13(3), 289-296.
- Büchter, R.B. y Messe, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *German Medical Science*, 15, Doc07. doi:10.3205/000248.
- Casas, M., y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(1), 195-219.
- Castaño Perez, G., y Sierra Hincapié, G. M. (2016). Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 108-117.

- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online*, 2(1), 45-66.
- Conde Gómez, F. (s.f ). Enfermedad mental y rehabilitación psicosocial. El "recovery" un nuevo propósito de intervención. El papel de la educación social . *Enfermedad mental y rehabilitación psicosocial. El "recovery" un nuevo propósito de intervención. El papel de la educación social* . Palencia, España .
- Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental (2014). *Aproximación a la patología dual propuestas de intervención en la red FEAFES*. Madrid. Extraído de <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/Aproximacion-patologia-dual.pdf>. Consultado el 21 de junio de 2018.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social* . Madrid: MC GRAW HILL .
- Corrigan, P.W. and Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35
- Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I. (Eds.). (1998). *Experiencia óptima. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- De Souza Caliarí, J., Araujo Teles, S., y Gir, E. (2017). Factores relacionados con la estigmatización percibida de personas que viven con VIH. *Revista de escuela de enfermería*(51), 1-7.
- Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. (1991). Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 141, 224-30
- DSM-IV. (2009). EJE I Trastornos clínicos y Otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica. Extraído de [http://www.psicomed.net/dsmiv/ev\\_m\\_axial.html](http://www.psicomed.net/dsmiv/ev_m_axial.html). Consultado el 1 de junio de 2018.
- Fantova, F. (2009). *Los servicios sociales como marco de actuación para los programas de reducción de daños*. En I. D. Drogodependencias, Reducción de daños: lo aprendido de la heroína (págs. 85-102). Bilbao: Deusto Publicaciones.
- Farren, C. K., Hill, K. P., y Weiss, R. D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Current Psychiatry Reports*, 14(6), 659-666.
- Fernández, M. P., Perez Nieto, M. Á., y González Ordi, H. (2013). Efecto del flujo y el afecto positivo en el bienestar psicológico. *Boletín de psicología*(107), 71-90.

- Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. (1998). Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophren Bull*, 24(3), 443-55
- Fraiz Alcubilla, T., Arginarena Ruiz, O., y De la rúa Madrazo, I. (2014). Intervención desde la baja exigencia con personas sin hogar en el municipio de Bilbao. *Revista de Educación Social*(18), 1-10.
- Goffman, E. (1968). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon and Schuster.
- Gutiérrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M., y Fernández, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 254-262. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/4008.pdf>
- Gutiérrez, P., Iglesias, A., y Sánchez, C. (2017 ). HASIERA: un ejemplo de construcción de casos en red. *RES: Revista de Educación Social*, 1(2), 13-19.
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmén, A. M., Aguilera, X., Delgado, I., y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229
- Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia. (2007). Protocolo de coordinación y atención a la patología dual. Badajoz. Extraído de <http://www.drogasextremadura.com/archivos/Protocolo-de-Coordinaci%C3%B3n-y-Atenci%C3%B3n-a-la-Patolog%C3%ADa-Dual..pdf>. Consultado el 14 de junio de 2018.
- Kessler R, Berglund P, S. Zhao, P.J. Leaf, A.C. Kouzis and M.L. Bruce et al., (1996). *The 12-month prevalence and correlates of serious mental illness (SMI)*. In: R.W. Manderscheid and M.A. Sonnenschein, Editors, *Mental health, United States, U.S. Government Printing Office, Washington, DC*, pp. 59–70.
- Kovaszny B, Bromet E, Schwartz JE, Ram R, Lavelle J, Brandon L. (1993). Substance abuse and onset of psychotic illness. *Hosp Community Psychiatry*, 44, 567-71.
- Kvale, S. (2011). *La entrevista en investigación cualitativa* . Madrid : Ediciones Morata .
- Larrañaga, J. L. (s.f). *Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones*. LiberAddictus. New York.
- Leonardo, J., y Sobremonde, E. (2001). El espacio socio-sanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi: Una propuesta funcional de análisis . *Zerbitzuan*, 39, 518.

- Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, LeFoll B. (2013). Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: results from the National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC)”, *Am J Addict*, 22, 93-98.
- Lieb, R. (2015). *Epidemiological Perspectives on Comorbidity Between Substance Use Disorders and Other Mental Disorders*. En g. Dom y F. Moggi (Eds.), *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders* (pp. 3–12). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/9783-642-45375-5\_1
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363>  
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Llinares Pellicer, M. C., y Lloret Botonat, M. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes? Proceso de construcción de un estigma. *Revista de Análisis transaccional y psicología humanista*, 28(62), 115-132.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(101), 43-83.
- Loubat, M., Lobos, R., y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite*, 12(39), 15-25.
- Major B. y O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.
- Mansilla, M. D. (2007). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-Journal of Criminal Science*, 2.
- Martín, M. C., y Salamanca, A. B. (2007). El muestro en la investigación cualitativa. Nure investigacion. Obtenido de [http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Enfermeria/ProgramaNivelacion/A18/Unidad4/lectura\\_41\\_muestreo\\_cualitativo.pdf](http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Enfermeria/ProgramaNivelacion/A18/Unidad4/lectura_41_muestreo_cualitativo.pdf)
- Mesurado, B. (2010). La experiencia de flow o Experiencia Óptima en el ámbito educativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 182-192.

- MINOLETTI, A. (2004). Redes de servicios terapéuticos para Patología dual, *Revista Era Adicciones*, [en línea] 2000 [citado enero 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://www.eradicciones.org/Revista/numero1/dual.htm>
- Morales, G., Carola Pérez, J., y Menares, M. A. (2003). Procesos emocionales del cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13(1), 9-25.
- Moreno Salas, M. (2012). Pautas de atención para personas con comorbilidad psicopatológica: drogodependencias y otros trastornos del eje i y ii. Trabajo Final de Graduación para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Extraído de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis35.pdf>. Consultado el 1 de septiembre de 2018.
- Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: Demographic and clinical characteristics. *Schizophr Bull*, 16, 31-56.
- Muñoz, M., Crespo, M., Guillén, A. I., y Pérez, E. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid, Madrid , España: Editorial Complutense, S.A.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo. M., Guillen. A., y Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: Un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173. Doi: 10.5093/cl2011v22n2a5
- Muñoz, M., Pérez Santos, M. y Guillén, I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense, S. A. Madrid.
- Murphy, S., y Irwin, J. (1995). "vivir con un secreto deshonoroso" problemas de revelación para los pacientes en tratamiento con metadona. *Revista de Toxicomanías*(2), 25-33.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2016 ). *Informe Europeo sobre Drogas 2016: Tendencias y novedades*. Luxemburgo : Oficina de Publicaciones de la Unión Europea
- Olabarría, B., y Mansilla, F. (2007). Ante el bournout: cuidados a los equipos de salud mental. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12(1), 1-14.
- Pascual Mollá, M., y Pascual Pastor, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226.

- Pérez-Floriano, L. R. (2018). Estigma, símbolos corporales y discriminación de personas consumidoras y sus familiares. *Revista cultura y drogas*, 23(25), 67-84.
- Pettinati, H., O'Brien, C., y Dundon, W. (2013). Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *The American Journal of Psychiatry*, 170(1), 23-30
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264, 2511-8.
- Rivera, G. (2010). *Memoria científica formación en patología dual grave*. Consorcio hospitalario provincial de Castellón. Programa JOFRE. Extraído de <https://www.apalweb.org/docs/jofre4.pdf>. Consultado el 12 de julio de 2018.
- Rodríguez Luna, M., Barrientos, M., Rosado, J., García Benítez, C., Reinoso, R., Luque, F., Cano, P. y Sánchez Moreno, A. (2016). *Actividad Motivada y Patología Dual*. Málaga. Extraído de <http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/ACTIVIDAD-MOTIVADA-Y-PATOLOGIA-DUAL1.pdf>. Consultado el 21 de junio de 2018.
- Rubio Arribas, F. J. (2001). *Proceso de la construcción de un enigma: la exclusión social del drogodependiente*. Nómadas 4.
- Ruíz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao .
- Ruiz, P., y Beteta, P. (2016). Reflexión sobre la baja exigencia: una aproximación al trabajo con personas en exclusión residencial grave. *Zerbitzuan*, 61, 33-50.
- Smith, V., Moreno, M., Román, M., Kirschman, D., Acuña, M., y Víquez, S. (2010). Discriminación Social, consecuencias psicológicas y estrategias de afrontamiento en miembros de grupos sociales estigmatizados. *Discriminación social, consecuencias psicológicas y estrategias de afrontamiento en miembros de grupos sociales estigmatizados*. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Sociedad Española de Patología Dual. (2016). *La adicción es un trastorno mental y no un acto voluntario y vicioso*. Extraído de [http://www.patologiadual.es/prensa/np/2016junio28\\_NdP\\_decalogo-posicionamiento-patologia-dual.pdf](http://www.patologiadual.es/prensa/np/2016junio28_NdP_decalogo-posicionamiento-patologia-dual.pdf). Consultado el 26 de junio de 2018.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Clark Robbins, P., Appelbaum, P. S., y Grisso, T. e. (1998). Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, 55(5), 393-401

- Szerman, N. et al. (2011). *Pilot study on the prevalence of dual pathology in community mental health and substance misuse services in Madrid*. Unidad de Psiquiatría. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. Extraído de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/149/149>. Consultado el 12 de junio de 2018.
- Szerman, N., Martínez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., Casas, M. (2013). Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Addictive Disorders*, 12(1), 1-10
- Tirado Otálvaro, A. F. (2018). La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 11-13. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2631>
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20 (4), 315-319.
- Torrens, M., Gilchrist, G. y Domingo-Salvany, A. (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 147–156. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.07.013.
- Torrens, M., Montanari, L., Vicente, J., Domingo-Salvany, A., y Mestre-Pintó, J. I. (2017). patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5.
- Torrens, M., Rossi, P., Martinez-Riera, R., Bulbena, A., y Martinez-Sanvisens, D. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Substance Use y Misuse*, 47(8-9), 1005-1014
- Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau, L., Mesías, B., Barral, C., Basurte, I. (2015). *Libro Blanco: Recursos y necesidades asistenciales en patología Dual*. Saned, Madrid.
- Vicente, N., Díaz, H., y Ochoa, E. (2001). Consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia. *Psiquiatria.com*, 5(4).
- Vicent, R. C. (2015). Gobierno de España. Obtenido de Barreras a la inclusión social de población drogodependiente crónica : [http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2015\\_Barreras\\_inclusion\\_social.pdf](http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2015_Barreras_inclusion_social.pdf)
- Volkow ND. (2007). Addiction and co-occurring mental disorders. Director's perspective", *NIDA Notes* 21, 2.

- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., ... Ford, C.(2003). Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative study team. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183, 304-313.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382, 1575–1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
- Winter Navarro, M., Gil Santiago, H., León Perez, P., y Navarrete Betancort, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 103-111.



## **7. ANEXOS**

### **ANEXO I: Guión entrevista profesionales**

#### **BLOQUE 1: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN**

¿Cómo definirías o dibujarías la población atendida?

Respecto a la prevalencia, ¿en qué porcentaje crees que se situaría?

¿Cuáles son las principales necesidades de esta población?

¿Se han observado cambios a lo largo de las últimas décadas en cuanto a las características de la población con patología dual?

¿Consideras que en función del trastorno mental hay una predisposición a consumir determinadas drogas?

¿Existe una patología mental o alguna droga que destaque sobre las demás?

#### **BLOQUE 2: BARRERAS DE ACCESO Y/O ADHERENCIA A TTO.**

¿Cuáles son las principales limitaciones percibidas en la atención a las personas con patología dual?

¿Y la principal problemática a la hora de atender al colectivo?

Numerosos recursos pertenecientes al área de salud mental, albergues... tienen como requisito de acceso o mantenimiento el hecho de no consumir sustancias ¿consideras que esta medida debería de repensarse?

¿Se utiliza un protocolo de valoración y/o protocolo de actuación concreto?

Existe una alta tasa de abandono de las personas con patología dual ¿cuál crees que puede ser el motivo? ¿qué es lo que estamos haciendo mal?

Diversos estudios señalan una prevalencia mayor de personas con patología dual en Centros de atención a las drogodependencias más que en CSM ¿cuál puede ser la causa?

### **BLOQUE 3: ESTIGMA**

¿Consideras que los profesionales experimentan estigma acerca de las personas con patología dual?

¿Qué tipo de idea(s) hay prefijadas en cuanto a este colectivo por parte de la población sino también por parte de los profesionales?

¿Cómo puede afectar el estigma en el proceso de acceso y de mantenimiento en un recurso?

Las personas consumidoras de drogas se encuentran con muchos “perseguidores” durante el proceso, ¿crees que eso se puede deber al estigma o a los prejuicios existentes acerca del consumo?

¿Qué opinas acerca de la influencia del medio-sociedad en las personas con patología dual?

¿Consideras que el autoestigma influye en el proceso de tratamiento?

¿Por qué actualmente, la mayoría de la atención a las personas con patología dual se hace en centros destinados principalmente a las drogodependencias? ¿Sería positivo unificar dichos recursos dentro de los propios de salud mental?

Existe cierta “creencia” respecto a que las personas que están formadas en salud mental y las que lo están en drogas, no saben de lo otro y viceversa ¿qué opinas al respecto?

### **BLOQUE 4: SUGERENCIAS/IDEAS DE MEJORA**

¿Qué tipo de modificaciones podrían implementarse dentro del espacio socio-sanitario para cubrir las necesidades que presenta este colectivo?

¿Alguna cuestión que no se haya comentado durante la entrevista y que quieras comentar?

## **ANEXO II: Guión entrevista usuario**

### **BLOQUE 1: ÁMBITO SANITARIO**

A lo largo de todo este proceso ¿has tenido recaídas? (tanto TMG como TUS)

¿Cuántos ingresos has tenido a lo largo de estos años?

¿Has tenido conductas autolíticas en algún momento? ¿a qué crees que se ha debido?

¿Hace cuanto tiempo te diagnosticaron de TMG? ¿Y hace cuanto tiempo consumes drogas?

¿Qué medicación tomas habitualmente? ¿Ha habido variaciones? ¿Qué tal te sienta?

¿Tienes diagnosticada alguna enfermedad de tipo físico?

### **BLOQUE 2: ÁMBITO SOCIOFAMILIAR**

¿Te has sentido alguna vez rechazada por alguna persona o grupo? ¿podrías contarme alguna experiencia? Este tipo de situaciones ¿cómo crees que te han afectado?

¿Consideras que en algún momento dado tu familia o entorno te ha sobreprotegido por pensar que no eras capaz de hacer ciertas cosas sola?

¿Consideras que tu entorno sociofamiliar se ha ido reduciendo con el paso del tiempo? ¿cual crees que es la causa?

¿Te sientes cómoda cuando mantienes relaciones sociales con personas que no tienen PD o que están fuera de tu entorno habitual?

### **BLOQUE 3: ÁMBITO LABORAL**

¿Cuál ha sido tu formación a lo largo de tu vida?

¿Cómo ha afectado el diagnóstico del TMG a tu vida laboral? ¿Por qué?

¿Consideras que si ahora querrías buscar trabajo tendrías dificultades?

### **BLOQUE 4: ÁMBITO TRATAMENTAL**

¿Desde qué comenzaste a notar síntomas/problemas drogas hasta que acudiste a un recurso cuanto tiempo pasó? ¿por qué pasó tanto tiempo? ¿qué te motivó a ir?

¿Te has encontrado con situaciones estigmatizantes en alguno de los tratamientos a los que has acudido? ¿Por parte de quién? ¿Qué te hizo sentir aquello?

La medicación que tomas ¿ha influido de alguna forma en que tus relaciones sociales disminuyan?

## **BLOQUE 5: ÁMBITO PSICOLÓGICO**

Existen muchos prejuicios acerca de la patología dual ¿consideras que con el paso del tiempo has ido interiorizando algunos? ¿Por qué?

¿Has tenido la sensación de que no tenías el control de tu propia vida?

¿El tener esta problemática crees que te ha generado inseguridades en tu día a día? ¿Podrías ponerme algún ejemplo?

### ANEXO III: Tabla entrevista de contraste

ÁREA	TESTIMONIO PROFESIONALES Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	TESTIMONIO PERSONA AFECTADA -Ejemplos-
SALUD	Menor credibilidad en recursos sanitarios que a personas sin PD	Acudió a la consulta del otorrino sola. El médico se sorprendió de ello y le sugirió que era mejor que acudiese acompañada.
	Aumento de la frecuencia de hospitalización	Numerosos ingresos (al menos dos o tres al año) que aumentaban en épocas de consumo activo, también ingresos involuntarios.
	Mayor sintomatología positiva y negativa	Dependiendo la sustancia consumida. En fase maniaca el alcohol y heroína disminuía la sintomatología
SOCIOFAMILIAR	Red sociofamiliar escasa y/o inexistente	Pérdida de relaciones sociales a raíz del diagnóstico. Ex compañeros de trabajo y madres del colegio de sus hijos le han retirado el saludo
	Tendencia a relacionarse con personas con la misma problemática	A pesar de no sentirse cómoda con otras personas con PD, su círculo de amistades se ha reducido durante años a dicho entorno
	Aislamiento social	Solamente sale a la calle para acudir a consultas médicas y bajar a sus perros. Experimenta miedo al rechazo social.

	Exposición a situaciones estigmatizantes	cuando comenzó a tomar la medicación y a experimentar los efectos secundarios, en el bar donde acudía siempre tras varios desplantes le llegaron a echar <i>“no querían ese tipo de personas”</i>
		En el supermercado de su barrio le hicieron vaciar el bolso delante de todo el mundo por si había robado algo <i>“llevaba malas pintas y tardaba mucho en comprar”</i>
		Su hijo menor no ha querido que conozca a su novia y el mayor no deja que cuide de su hija
	Sobreprotección por parte de la familia	Negativa por parte de la familia a que salga sola por miedo. Cada mañana le eligen la ropa.
		Ocultación de la problemática al resto de la familia, la versión que aportan es que tiene una pequeña depresión
<b>LABORAL</b>	Dificultad para mantener empleo estable	Incapacidad permanente absoluta para trabajar
		A pesar de su empeño por querer trabajar todos los médicos le negaron incluso la posibilidad del empleo protegido
		Los compañeros incluso realizaron una reunión informal

	Discriminación laboral	porque sentían inseguridad al trabajar con ella. La empresa alegó que no daba buena imagen que estuviere tan medicada.
<b>DERECHOS</b>	Pérdida de roles sociales	Expone que tras el diagnóstico ha perdido el rol de madre, sus hijos son los que le dicen que tiene que hacer y no hacen caso de su opinión, solo a su marido.
	Disminución de las vías de participación social	Influencia de la actitud de la familia, ex compañeros y profesionales al hacerle creer que no es capaz de hacer nada por sí sola. Frecuentes críticas
<b>TRATAMENTAL</b>	Falta de sensibilidad por parte de algunos profesionales	En las consultas psiquiátricas no priorizan su opinión, se suelen dirigir al familiar que le acompaña (hijos y/o marido)
		Le culpabilizan por los consumos de sustancias, lo achacan a falta de voluntad.
		Tras comentarle a un psiquiatra su malestar con los efectos secundarios de la medicación le expuso lo siguiente <i>“es un pequeño sacrificio para mantener a salvo a tu familia y no ponerte mal con ellos”</i>
	Acceso tardío a los recursos	Miedo a acudir por el estigma social y el “etiquetaje”
Oposición a la toma de tanta medicación de tipo psiquiátrico		
		Apenas interactúa en las conversaciones porque considera

<b>PSICOLÓGICA</b>	Autoestigmatización	que su opinión no es válida
		Sensación de que la gente siente pena por ella y que se sienten incómodos tratando con ella.
	Sensación de bajo locus interno	Sensación constante de que no toma sus propias decisiones (ni sobre la medicación, su estilo de vestir, aficiones...)
	Baja autoestima y autoeficacia	Cuando tiene que realizar algo fuera de su rutina habitual siente inseguridad y ansiedad

**Fuente:** elaboración propia



## **ANEXO IV: Formulario de consentimiento informado**

Yo, (nombre y apellidos) \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado/informada adecuadamente sobre el trabajo de investigación en el que voy a participar.

La información recogida será tratada de forma confidencial y colectiva. Es decir, mis respuestas solo serán conocidas por el equipo investigador. Los resultados del presente estudio solo podrán difundirse a través de publicaciones escritas divulgativas preservando siempre mi identidad.

Acepto participar voluntariamente en este trabajo de investigación como entrevistado/a y doy mi autorización para que la entrevista sea grabada, sabiendo que tengo derecho a renunciar, en cualquier momento, a mi participación en la investigación.

Fdo.

---

Nombre y firma de la persona investigadora que informa:

---

Observaciones:

En Bilbao a

de 2018

## ANEXO V: Tabla categorización

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Color</b>
<b>Características del colectivo</b>	Patología(s) asociada(s)	
	Sustancia(s) de consumo	
	Género y edad aprox.	
	Comorbilidad	
	Necesidades	
<b>Estigma</b>	Etiquetas/ideas prefijadas	
	Autoestigma	
	Barreras	
<b>Barreras</b>	Limitaciones	
	Penalización del consumo	
	Modelo de intervención	
	Problemática(s) asociada a PD	
	Perspectiva de género	
<b>Sugerencias/ideas de mejora</b>	Formación	
	Modelo de intervención	

	Experiencias	
<b>Otras cuestiones</b>		