

› Reportaje

EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA DUAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA CASA OBERTA CARACTERÍSTICAS Y EFECTIVIDAD¹

¹ Se trata de un aspecto fundamental, ya que la mayor parte de autores coinciden en la frecuencia y relevancia del incumplimiento del tratamiento sobre la evolución de las patologías mentales (ROCA, M. 2006).



Xavier Bonet Felipe

Responsable Metodología, Evaluación
y Calidad
Projecte Home Balears
xbonet@projectehome.com

Guillermo Fernández Coll

Director de la Comunidad Terapéutica
Casa Oberta
Projecte Home Balears
gfernandez@projectehome.com

La Comunidad Terapéutica Casa Oberta inicia su actividad el 1 de julio de 1996. Su titularidad pertenece al Consell de Mallorca y la gestión del centro a Projecte Home Balears.

Una de las particularidades de esta comunidad terapéutica es que mantiene los principios de crecimiento personal propios de los programas libres de drogas, compatibilizándolos con la admisión a tratamiento de personas en programas de mantenimiento de metadona y otros sustitutivos.

También se caracteriza por la admisión y tratamiento específico de pacientes con Patología Dual (40% sobre el conjunto de personas atendidas). Esta prevalencia tan elevada ha hecho de Casa Oberta un centro de referencia en materia de Patología Dual, en el desarrollo de la metodología para su abordaje y en la aplicación del tratamiento.

La duración total del programa es de 16 meses, de los que 10 se desarrollan en régimen Comunidad Terapéutica y otros 6 en régimen ambulatorio, en coordinación con los centros y servicios de atención específica a drogodependientes, con la red de atención socio-sanitaria y con todos

aquellos recursos que faciliten la inclusión social de los usuarios/as.

El abordaje terapéutico de la patología dual en la Comunidad Terapéutica Casa Oberta se caracteriza por la flexibilidad en la intervención, realizada desde un enfoque individualizado de las características de la persona, tanto desde el punto de vista de su patología psiquiátrica, como en lo que se refiere a su drogodependencia y a las especificidades de su situación socio-familiar y laboral.

Y es que la comorbilidad de los diferentes trastornos mentales y las drogodependencias incrementa la complejidad del diagnóstico y del tratamiento. Las mayores dificultades que presenta el tratamiento de la patología dual se deben a la propia interacción entre el trastorno adictivo y los otros trastornos mentales. Esto se traduce comparativamente en un peor pronóstico frente a quienes presen-

“La duración total del programa es de **16 meses**, de los que **10 se desarrollan en régimen Comunidad Terapéutica** y **otros 6 en régimen ambulatorio**”





tan únicamente un trastorno adictivo. Más concretamente aún, los trastornos de personalidad constituirían un factor de riesgo psiquiátrico vinculado a un aumento de las tasas de recaídas, de abandonos y de duración de la propia intervención terapéutica en el tratamiento de la drogodependencia, lo que se traduciría en unas tasas de efectividad más reducidas (HARO et al., 2010).

De este modo, el tratamiento de la patología dual requiere un abordaje en paralelo y conjunto tanto del trastorno adictivo como del trastorno mental asociado, dada la implicación entre uno y otro.

En este tratamiento conjunto se pueden distinguir dos modelos genéricos diferenciados: el tratamiento integrado (más habitual en Estados Unidos) y el tratamiento en paralelo, (de mayor implantación en Europa), este último basado en una atención simultánea en la red de salud mental y en la red de tratamiento de las toxicomanías, lo que requiere un mayor esfuerzo de coordinación entre los profesionales de ambas redes (FERNÁNDEZ, J.A., 2006). Este modelo de tratamiento en paralelo ha sido el adoptado inicialmente por Casa Oberta obteniendo unas tasas de efectividad del tratamiento cercanas, aunque inferiores, a las alcanzadas por quienes no padecen Patología Dual, tal y como se desprende del estudio de seguimiento de las personas que ingresaron en esta comunidad terapéutica entre 2008 y 2010 (y que se expone en el siguiente apartado).

Por otra parte, la apertura en 2011 de un servicio de atención psiquiátrica en Proyecto Hombre Baleares, que nos conduce hacia un modelo a medio camino entre el 'modelo en paralelo' europeo, y el 'integrado' de Estados Unidos, nos ha llevado a plantear la próxima realización de un nuevo estudio de seguimiento para comprobar su impacto en la evolución y efectividad del tratamiento de las personas ingresadas en este centro a partir de ese año.

1. EL ENFOQUE DEL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL EN CASA OBERTA: ELEMENTOS DIFERENCIALES

El desarrollo del programa se realiza desde un enfoque individualizado de las características de la persona, tanto desde el punto de vista de su trastorno mental, gravedad y evolución del mismo, como en lo que se refiere a su drogodependencia (patrones e historial de consumo), además de su situación socio-familiar y de su situación laboral.

Como elementos diferenciales que aporta la intervención de la patología dual en CO destacan los siguientes:

- Espacio donde se hace posible el abordaje en paralelo de la drogodependencia y de la patología psiquiátrica.
- Cumplimiento estricto de las pautas de medicación con supervisión terapéutica diaria.
- Seguimiento y cumplimiento estricto de las visitas médicas y psiquiátricas².
- Integración del paciente en un grupo de personas que comparten su proceso de deshabituación y de reinserción socio-laboral, muchas de las cuales también padecen una patología psiquiátrica adicional a la drogodependencia, lo que favorecería una autopercepción más normalizada de la misma.
- El seguimiento diario constante (24h) permite la flexibilización y la adecuación permanente de la intervención terapéutica a la evolución de la problemática y patología de la persona.

En cualquier caso, aunque el tratamiento en CO se realiza en régimen de internado, la permanencia de los pacientes es voluntaria. La voluntariedad en la permanencia se considera como un requisito indispensable para la realización del programa.

² Artículo basado en una ponencia del mismo título, presentada por los propios autores en las "Jornadas de Inclusión Social. La Red de Inclusión Social en Mallorca" organizadas por el Institut Mallorquí d'Afers Social y celebradas el 14.15.16 de noviembre 2012 en la Universitat Illes Balears (UIB). (Bonet.X., Fernández Coll. G.:2012)

2. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO EN CASA OBERTA

2.1. INCIDENCIA DE LA PATOLOGÍA DUAL ENTRE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN CASA OBERTA

182 personas atendidas en la Comunidad Terapéutica (CT) de Casa Oberta (CO) entre 2008 y 2010 fueron incluidas en un estudio de seguimiento hasta junio de 2012. De ellas, 74 (40,7%) presentaban trastorno mental concomitante a un problema de adicción (patología dual).

Por edades, el grupo más numeroso se concentraba en la franja de 30 a 39 años (48,9%). Aproximadamente la mitad (49,5%) tenían menos de 35 años en el momento del ingreso y la otra mitad se encontraban por encima de los 35 (50,5%).

La distribución por sexos presenta un claro predominio de los hombres (82,4%), un porcentaje similar al que se da en otros recursos de atención a la drogodependencia. Resulta llamativa la diferencia de la prevalencia de patología dual entre hombres y mujeres atendidos en CO. En el caso de las mujeres la prevalencia de patología dual es mayoritaria (56,3%), mientras que entre los hombres supera la tercera parte del total (37,3%). Y es que, representando el 17,6% de las personas atendidas, las mujeres con patología dual suponen el 24,3% del total de estos casos.

La heroína es la sustancia principal de consumo para algo más de la mitad de los usuarios y usuarias que ingresaron en la de CO durante el período analizado. En segundo lugar, se situaría el alcohol, bien como sustancia principal, o junto a otras drogas (uno de cada 4). En tercer lugar, se encuentra la cocaína como sustancia principal (16% sobre el total de personas atendidas) si bien hay que tener en cuenta que en buena medida también es la sustancia más habitualmente asociada al consumo de alcohol y otras drogas.

Las principales diferencias radican en una mayor incidencia de la adicción a la heroína entre los usuarios y usuarias sin patología dual y sobre todo por una mayor prevalencia de la adicción alcohólica entre las personas con diagnóstico dual.

“La **heroína** es la sustancia principal de consumo para algo más de la mitad de los usuarios y usuarias que ingresaron en la de CO durante el período analizado. En segundo lugar, se situaría el **alcohol**”

2.2 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS OBTENIDOS

El porcentaje de personas atendidas en CO entre 2008 y 2010 que a junio de 2012 habían obtenido el alta terapéutica finalizando el programa, ha sido del 27,5%. Si además tenemos en cuenta las personas que han sido derivadas a otros recursos, ya que la evolución de su proceso personal lo ha requerido, el porcentaje de finalización de programa sería del 36,3%.

Tabla 2. Usuarios/as de la CT CO que han obtenido el alta terapéutica. Conjunto de personas atendidas

	Núm.	%
Alta	50	27,5
Derivación	16	8,8
No alta	116	63,7
Total	182	100,0

Tabla 1. Incidencia de patología dual y sustancia principal de consumo

	Sin P. Dual (%)	Con P. Dual (%)
Alcohol	3,7	14,9
Alcohol y otras drogas	14,8	18,9
Heroína	60,2	43,2
Otros opiáceos/analgésicos	0,9	-
Benzodiacepinas	3,7	5,4
Cocaína	15,7	16,2
Cannabis	0,9	1,4
Total	100,0	100,0

Sin embargo, a los efectos de esta investigación, las derivaciones han sido consideradas como una ‘no finalización’ del programa terapéutico en CO, ya que lo que se pretende es establecer si existen diferencias en relación a la finalización del programa en CO, en función de la presencia o no de patología dual.

Se observa que no existen grandes diferencias en cuanto a la proporción de hombres y mujeres que han obtenido el alta terapéutica, si bien los primeros registran una tasa de alta superior en 3 puntos porcentuales.



“LA DISTRIBUCIÓN
POR SEXOS
PRESENTA
UN CLARO
PREDOMINIO DE
LOS HOMBRES”

Tabla 3. % de usuarios/as que consiguen el alta terapéutica según sexo

	No alta	Alta	No alta (%)	Alta (%)
Hombres	72,0	72,0	72,0	28,0
Mujeres	24	8	75,0	25,0
Total	132	50	72,5	27,5

No obstante, las diferencias son apreciables en relación a la prevalencia de la patología dual. Así, la tasa de altas terapéuticas entre las personas con diagnóstico de patología dual resulta casi 10 puntos inferior a quienes no presentan este diagnóstico.

Tabla 4. % de usuarios/as que consiguen el alta terapéutica según diagnóstico de P. Dual

	No alta	Alta	No alta (%)	Alta (%)
Sin P. Dual	74	34	68,5	31,5
Con P. Dual	58	16	78,4	21,6
Total	132	50	72,5	27,5



Teniendo en cuenta que existe una mayor incidencia de patología dual entre las mujeres atendidas cabría esperar también un menor porcentaje de altas entre las mismas, pero como se ha visto anteriormente esta diferencia no supera un 3% entre unos y otras.

Sin embargo, parece que la incidencia negativa del diagnóstico de patología dual sobre el porcentaje de altas afectaría en mayor medida a los hombres (con una tasa de altas 19,6% para hombres con patología dual) que a las mujeres (con una tasa de altas del 27,8% para mujeres con patología dual). No obstante, el volumen de casos correspondiente a mujeres con patología dual resulta demasiado pequeño para profundizar o sacar conclusiones definitivas en relación a este punto (son 8 casos de mujeres que han conseguido el alta terapéutica, de las cuales 5 disponían de un diagnóstico de patología dual).

Ahora bien, lo que debemos plantearnos a continuación es la influencia que puedan tener las diferentes patologías en relación al tratamiento. Entre las patologías psiquiátricas diagnosticadas, las más frecuentes son, por este orden, el trastorno límite de personalidad (TLP), seguido por la esquizofrenia paranoide, el trastorno mixto ansioso-depresivo y el trastorno depresivo.

Añadimos como dato significativo la diferente distribución por sexos de algunas de las diferentes patologías psiquiátricas: así el 70,6% del total de casos de TLP corresponde a mujeres (12 de 17 casos). En contraposición, de los 16 casos de drogodependientes con esquizofrenia paranoide, 15 eran hombres (93,8%). Por otra parte, la presencia de determinadas patologías se corresponde con unos menores porcentajes de obtención del alta, como ocurre con el trastorno mixto ansioso-depresivo o el trastorno antisocial. Sin embargo, lo reducido de la prevalencia de algunas de estas patologías sobre el conjunto de personas atendidas en CO, implica un número insuficiente de casos para poder extraer conclusiones válidas.

Ahora bien, la agrupación de las diferentes patologías psiquiátricas permite una visión más clara de la relación de cada grupo de patologías sobre las perspectivas de finalización del programa con alta terapéutica.

“LA TASA DE ALTAS REGISTRADA ENTRE LAS PERSONAS CON TRASTORNO AFECTIVO O DEPRESIVO ES DEL 45,5%, SIENDO NETAMENTE SUPERIOR INCLUSO A LA TASA DE ALTAS DE LAS PERSONAS SIN PATOLOGÍA DUAL DIAGNOSTICADA (31,5%)”

Destaca el hecho de que ninguno de los casos de patología dual con trastornos adaptativos ha conseguido obtener el alta terapéutica, mientras que en sentido contrario, la tasa de altas registrada entre las personas con trastorno afectivo o depresivo es del 45,5%, siendo netamente superior incluso a la tasa de altas de las personas sin patología dual diagnosticada (31,5%).

A su vez, los trastornos de personalidad y los trastornos psicóticos registran una tasa de altas terapéuticas (16,0% y 16,7% respectivamente) claramente más baja que la media, tanto de las personas no diagnosticadas (31,5%) como del conjunto de personas con diagnóstico de patología dual (21,6%).

Por lo que se refiere a las patologías agrupadas como ‘Otros’ señalar que de los seis casos, tres corresponden a THDA, de los cuales dos obtuvieron el alta terapéutica.

Por otra parte, el análisis de la Odd’s Ratio nos indica que las diferencias entre las tasas de altas terapéuticas registradas, aun siendo importantes, tanto en el caso de las mujeres frente a los hombres como de los usuarios con o sin patología dual, no son significativas desde un punto de vista estrictamente estadístico, dado que el valor 1 (que corresponde a la igualdad) se encuentra dentro del intervalo de confianza (0,49-1,17-2,80 para la variable sexo y 0,84-1,67-3,31 para la variable patología dual).

Tabla 5. Evolución usuarios/as de CO según agrupación de patologías

	TOTAL CASOS	No finalizan el programa (incluye derivaciones)	Consiguen alta terapéutica
T. Personalidad	25	21 (84,0%)	4 (16,0%)
T. Psicóticos	18	15 (83,3%)	3 (16,7%)
T. Afectivos o depresivos	11	6 (54,5%)	5 (45,5%)
T. Adaptativos	10	10 (100,0%)	0 (0,0%)
T. Bipolar	4	3 (75,0%)	1 (25,0%)
Otros	6	3 (50,0%)	3 (50,0%)

3. DISCUSIÓN

1. Llama la atención que los mejores resultados obtenidos se den en los casos de trastornos afectivos o depresivos. Es el perfil con un porcentaje mayor de finalización de programa (45,5 %), incluso por delante de los que no presentan diagnóstico de patología dual (31,5%). Sin embargo, pudiera ser que estos resultados se relacionaran con el carácter previo o consecutivo de la drogodependencia a la patología psiquiátrica concomitante.
2. En los diagnósticos de depresión mayor hay que vigilar que la propia dinámica de la comunidad no acabe repercutiendo negativamente en su depresión. Es importante adecuar la duración del programa terapéutico a la consecución de los objetivos y a la evolución de cada persona. En general, se aconseja acortar los tiempos de permanencia previstos, especialmente en las últimas fases del tratamiento, ya que este período de consolidación de los objetivos logrados puede ser vivido como un estancamiento y generar así un sentimiento de frustración potencialmente perjudicial para su proceso.
3. Ante los resultados obtenidos en los casos de T. Adaptativos (mixtos ansiosos-depresivos), con una muy baja adherencia al tratamiento y con una nula finalización del programa, se nos plantea la siguiente disyuntiva: ¿estamos ante un perfil para el que no resulta adecuado su tratamiento en el marco de una CT, o se trata de un perfil de patología dual al cual no se ha sabido dar una respuesta adecuada? Antes que descartar el recurso (o el perfil) habría que plantearse algún tipo de intervención diferente a la seguida en estos casos.
4. Los T. Personalidad y los T. Psicóticos presentan tasas de alta similares, situándose tras los T. Adaptativos en cuanto a resultados menos favorables dentro de la comunidad. Resulta particularmente relevante si consideramos que constituyen los grupos más numerosos entre los afectados de patología dual atendidos en CO. Pero ¿hasta qué punto podemos considerar que un 16-17% de altas terapéuticas obtenidas en estos grupos son un resultado cualitativamente peor a los registrados en otro tipo de patologías, dadas las dificultades y complejidades que ya de por sí presenta el abordaje de los T. de Personalidad y T. Psicóticos?
5. La experiencia en el tratamiento de estas patologías (T. Personalidad o T. Psicótico), en CO, nos ha llevado a proceder con mucha mayor flexibilidad en su intervención terapéutica y en la individualización de cada proceso, contando con la coordinación y asesoramiento del psiquiatra de referencia. Y en concreto, primando los objetivos relacionados con los ámbitos comportamentales, así como sociolaborales, sobre el resto.
6. En el contexto del abordaje terapéutico de la patología dual en una CT, se ha venido considerando como un factor asociado a una mayor expectativa de éxito del tratamiento el hecho de que las personas aquejadas de un T. Psicótico suelen presentar una mejor adaptación a la convivencia que los T. Personalidad. Sin embargo, en este estudio se observa que el resultado final es similar en ambas tipologías. Pensamos que más que una mayor adaptación a la convivencia, este tipo de casos lo que presentan es una menor conflictividad en la convivencia posiblemente más relacionada con el tipo de medicación (mayores niveles de sedación) que con las propias características del perfil y su patología psiquiátrica.
7. Se evidencia que las personas sin patología dual tienen una adherencia y unos resultados más favorables en nuestra CT que el resto de personas diagnosticadas, aunque no lo suficiente como para ser consideradas unas diferencias estadísticamente significativas. Es decir, hay diferencias claras en los resultados, pero no radicalmente sustanciales. Consideramos que es la propia metodología de abordaje específico de la patología dual en CO la que reduce las diferencias entre uno y otro grupo.



En los diagnósticos de **depresión mayor** hay que vigilar que la propia dinámica de la comunidad no acabe repercutiendo negativamente en su depresión

BIBLIOGRAFÍA

- › Bonet, X., Fernández Coll, G.: El abordaje de la patología dual en la comunidad terapéutica Casa Oberta. características y efectividad. En Documentación Jornades d'Inclusió Social. La Xarxa d'inclusió Social a Mallorca, 14-15-16 nov. Palma de Mallorca, IMAS; 2010.
Consultado en:
http://blogs.imasmallorca.net/jornadesinclusio/files/2012/08/COMUNICACI%C3%93N_ADHERENCIA_TRATAMIENTO_RESULTADOS_DUAL_CASA_OBERTA_2008_2010_2012.pdf
- › FERNÁNDEZ, J.A.: "Comentario a: cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y en pacientes drogodependientes", Rehabilitación psicosocial, 2006; 3(1):38-9.
Consultado en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/272/272v3n1a13102381pdf001.pdf>
- › HARO et al.: "Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual". Adicciones; 2010 vol. 22 núm. 1, pág. 16-17.
Consultado en:
<http://www.adicciones.es/files/15-24%20%20haro.pdf>
- › ROCA, M. et al. (2006): "Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras" Actas Españolas de Psiquiatría; 2006;34(6):386-392.
Consultado en:
http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12900/adherencia_terapeutica.pdf