

LA PATOLOGÍA DUAL Y LAS ETIQUETAS: ¿ENFOQUE ÚTIL?

Fernando Pérez del Río, Doctor en Psicología.
Proyecto Hombre Burgos
Manuel Fuentes Gómez, Psicólogo, Director de
Proyecto Hombre Burgos.

La tendencia actual a fragmentar el conocimiento también tiene su traducción en las enfermedades mentales. Así, en cada nueva clasificación internacional encontramos más tipos de enfermedades y más variados síndromes. Philippe Pinel (1745-1826) estableció cuatro categorías para los trastornos mentales. En 1952 ya atesorábamos 106 categorías en el DSM-I y el DSM-IV (1994) ha llegado a la cantidad nada despreciable de 357 categorías. Este boom tiene que ver con diferentes cuestiones, por ejemplo, que a partir de 1980 el DSM se declara ateo-rítico, trayendo como consecuencia una categorización sí/no de acuerdo a supuestos criterios objetivos dados por una taxonomía de síntomas (González, Pérez, 2008)¹. Cada avance del DSM supone un aumento de los trastornos, una bajada del umbral de lo que se considera enfermedad y, por añadidura, supone un aumento de la comorbilidad (Patología dual).





Por otro lado, hemos de agregar que la OMS en 1948 consideró enfermedad a la ausencia de bienestar, con lo cual podemos decir que desde otros frentes también se animó a bajar el umbral de lo que se considera un trastorno mental.

Dicho esto, asistimos desde hace tiempo a un afán por “descubrir” nuevos síndromes para mayor gloria del clínico que los “descubre”, pero en la mayoría de las ocasiones, por no decir en todas, esos nuevos síndromes se pueden explicar mejor por trastornos que ya existían. La cuestión que urge plantear es saber si cuantas más categorías psicopatológicas existan mejor comprenderemos y atenderemos los problemas que abordamos. Sobre este particular pensamos que es algo más que dudoso y responde a intereses cada vez más ajenos a las personas.

Tanto diagnóstico (agrupación de signos y síntomas), contrariamente a lo que se cree, no ayuda a afinar en los matices, tampoco ayuda en el diseño de hipótesis sanitarias o en la construcción de la narrativa del paciente, “excluye la dimensión del deseo y el sentido interpretativo de los actos,” (Colina 2011)² y tampoco aporta a elaborar un cambio. Es decir, no ayuda en lo que realmente importa.

Desde nuestro punto de vista, al categorizar “un caso”, se debe hacer lo mínimo posible, o de la forma más sencilla, pues existe un riesgo real de crear realidades o “etiquetas” que contribuyen a construir una identidad en base al encorsetado trastorno.

Pero las etiquetas, igual que dañar, también pueden proteger al “paciente” de la presión social y, asimismo, pueden proveerle de servicios sociales necesarios, por eso hablamos de categorización mínima necesaria para abordar el problema.

Por otro lado, el sistema actual para diagnosticar favorece el redescubrir y rebautizar, como es el caso de la llamada “patología dual”. Lo que antes llamábamos “comorbilidad”, desde hace unos años viene rebautizado como “patología dual”. Así que los remake no solo se dan en el cine.

“LA CUESTIÓN QUE URGE PLANTEAR ES SABER SI CUANTAS MÁS CATEGORÍAS PSICOPATOLÓGICAS EXISTAN MEJOR COMPRENDEREMOS Y ATENDEREMOS LOS PROBLEMAS QUE ABORDAMOS”

Sabemos que hay personas con serias psicopatologías, que se drogan, y personas que de tanto abusar de las drogas desarrollan diferentes trastornos. Pero pensamos que el enfoque útil no es crear otra etiqueta, otra raza de “trastornados” con sus profesionales y centros especializados (salvo casos extremos). El problema tiene las suficientes aristas como para que la respuesta mejor sea la coordinación y el trabajo en red. De ahí se deriva que aventuremos que fracasarán tanto los reduccionismos en estos problemas como la excesiva fragmentación o atomización de los tratamientos.

Actualmente, la patología dual es “coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias con otro trastorno mental definido” y tal cita se la atribuimos a Stowell, 1991. De esta suerte, la patología dual, aparte de contribuir al aumento del estigma por el nuevo San Benito (se debe recordar que “el sambenito ya fue usado por la inquisición medieval) ha planteado otras muchas dudas. Por ejemplo, ¿a qué trastorno mental se refieren? Para entendernos, nos referiremos a los de mayor gravedad, como la psicosis. Si no aclarásemos esto, prácticamente todos los ingresados por adicción serían diagnosticados y teñidos de “patología dual”.

Intentando dar una puntada al desgarrón, hemos de decir que nuestra labor es mejorar la capacitación y la situación mental y social de las personas, vengan en la situación que vengan. Bajo esta proposición, la atención comunitaria, la coordinación y trabajo en red de los profesionales, lejos de enquistarse y de caer en las rivalidades anodinas entre modelos teóricos, ha sido una línea adecuada a seguir en el tratamiento y la prevención. Sin duda, todos salimos beneficiados de la amplitud de miras y de ver que, más allá de las propuestas de cada modelo de intervención, todos trabajamos con el mismo objetivo, complementando las áreas del individuo.

Ahora bien, pese a esto, hoy es el día en que la vanguardista y simplista patología dual se ha vestido de largo y llama lozana a nuestras puertas queriéndonos explicar y vender a los profesionales algo más antiguo que la pana. Pero ciertamente, y de forma muy sutil, la llamada patología dual no es del todo lo mismo que antes, no es tanto la “comorbilidad” como un supuesto nuevo trastorno con su receta aparejada. El remake tiene su miga, puesto que asume y generaliza con más fuerza el añadido de que las atribuciones a los problemas de nuestros pacientes son referidas a causas internas y difícilmente modificables. Dicho esto, no miremos el contexto social y familiar y no promovamos la esperanza más allá de las limitadas dosis que la genética o la medicación permita. ¿Quién gana con todo esto?

Frente a este modelo rígido que se ha colado, subrayamos que nuestra crítica va dirigida a los excesos, reduccionismos y a la venta de supuestas “nuevas categorías” que nos obligan a usar los nuevos términos de moda, y no al reconocimiento de que hay trastornos psicopatológicos que en ocasiones conviven con las adicciones y que hay que tratarlos específicamente. Por este motivo, lo pa-

“Siempre hemos tratado la patología dual en nuestros centros, tal problema siempre ha existido, y sistemáticamente se ha trabajado en coordinación con los profesionales del sistema de salud mental”

radójico es que siempre hemos tratado la patología dual en nuestros centros, tal problema siempre ha existido, y sistemáticamente se ha trabajado en coordinación con los profesionales del sistema de salud mental. No es algo nuevo para nosotros, llevamos décadas tratando a todo tipo de personas. Hemos de señalar que las condiciones de entrada impuestas por los centros de tratamiento, pese a la gran diversidad de criterios, suelen ser bastante simples: si el paciente quiere mejorar y está estabilizado con la medicación adecuada podrá acceder al tratamiento. Otra condición suele ser que las personas con demencias, o que no llegaran a entender el proceder y las normas en una Comunidad Terapéutica o cualquier otro programa, no son aptas para este tratamiento que requiere de un mínimo de capacidades cognitivas. En este caso sí vemos necesarios recursos específicos para dar una atención integral a algunas personas que obviamente no pueden hoy por hoy integrarse en sociedad y que hacen pasar “las de Caín” a familias y a los recursos ordinarios de atención. Pero en definitiva, salvo excepciones, hay que resaltar que la red ha sido capaz de trabajar con personas con diferente comorbilidad.

Desde su origen, hace más de un siglo, los tratamientos han sido trenzados con una fuerte vertiente psicológica, social, y una necesaria y diligente tutela educativa, y esto implica que han tenido la bisagra de ser multidisciplinarios para llegar a buen puerto (Pérez del Río, 2011).

Como conclusión, destacar que debemos estar a lo que las personas necesitan para rehabilitarse, utilizando todos los conocimientos que disponemos con la mayor claridad y simplicidad posible, y no acudir tanto a las categorías que complejizan la realidad y restan autoeficacia a las personas y olvidan sus narrativas. De manera que cuando un paciente venga, sienta que lo hace por un problema, aunque este sea grande, y que cuando salga lo haga con él resuelto, o por lo menos mejorado, y no con otra cualidad negativa agregada a su identidad y a su historia.