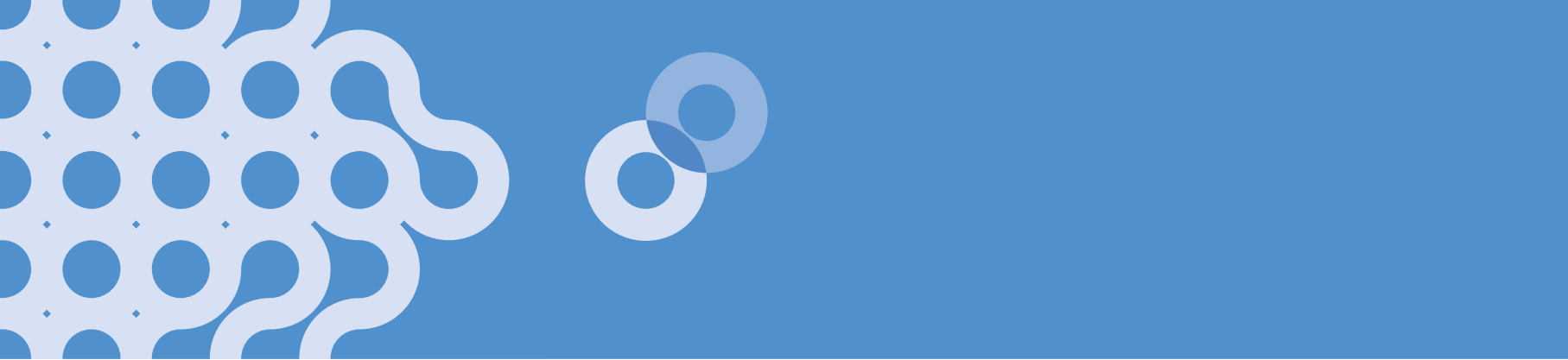




Buenas Prácticas para la Inserción Social de personas con Patología Dual





Subvencionado por:



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES

Índice

1. RESUMEN – ABSTRACT	4
2. JUSTIFICACIÓN - ANTECEDENTES DEL PROYECTO	5
3. INTRODUCCIÓN	6
3.1 Concepto de Patología dual.....	6
3.2 Modelos de intervención	7
3.3 Algunas conclusiones de otros estudios	7
4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	8
4.1 Modelo de intervención y recursos de la Fundación Argja	8
4.2 Modelo de intervención y recursos de la Fundación Gizakia	8
4.3 Metodología del proyecto	9
5. DIFICULTADES Y BUENAS PRÁCTICAS PARA LA INSERCIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL RELACIONADAS CON:	13
5.1 Planteamiento general sobre abordaje de la alianza terapéutica con personas que sufren patología dual	13
5.1.1 Conciencia de enfermedad-voluntariedad	13
5.1.2 Autonomía y Participación	15
5.1.3 Desajustes asociados al consumo	15
5.1.4 Personas jóvenes	16
5.1.5 Perspectiva de género	16
5.1.6 Las familias de las personas usuarias	16
5.2 La demanda y el acceso a los servicios	18
5.2.1 Diagnóstico	18
5.2.2 Criterios de inclusión/exclusión	19
5.2.3 Protocolo de entrada	20
5.3 El día a día en los servicios	20
5.3.1 Consumos	21
5.3.2 Situaciones de crisis	22
5.3.3 Duración y modelo de la intervención	23
5.3.4 Recursos de apoyo	25
5.3.5 El cuidado del equipo profesional	25
5.4 Los Programas de Inserción	27
5.4.1 Inserción Laboral	27
5.4.2 Ocio y Tiempo Libre	28
5.5 La coordinación en la red de Atención Sociosanitaria	29
5.6 Ejemplos de Buenas Prácticas	31
6. CONCLUSIONES	42
7. ANEXOS	43
Cuadro resumen de Buenas Prácticas	43
8. BIBLIOGRAFÍA	59

Resumen

Este trabajo presenta la identificación de buenas prácticas que diversas entidades de atención a personas que sufren patología dual vienen desarrollando en su trabajo diario. Este intercambio de conocimientos y prácticas intenta promover una intervención innovadora, mejor y más adecuada para abordar las dificultades de inserción social de un colectivo concreto, como es el de las personas con patología dual, que acumulan un gran número de variables de exclusión.

Todo este proceso pasa, inevitablemente, por una mejor gestión del conocimiento de un buen número de profesionales de las once entidades implicadas en el proceso. Igualmente supone elaboración de un modelo de trabajo y de análisis consensuado y por consiguiente un avance en el desarrollo de experiencias y habilidades de compartir conocimiento.

Este trabajo se ha desarrollado a partir de una iniciativa de Fundación Argia y Fundación Gizakia con el apoyo del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. Agradecemos desde aquí la labor y las aportaciones de las personas que han trabajado desde ambas Fundaciones en los diversos momentos del proyecto y de todas aquellas personas que desde cada entidad y desde diversos planos han enriquecido el documento. En total han participado 38 personas, cuyos nombres y entidad a la que pertenecen se señalan a continuación:

EQUIPO FUNDACION ARGIA:

Itziar Arrieta, Itziar Artabe, Sergio Fernández, Carlos Gil, Arantza Larizgoitia, Ziortza Ostolozaga, Bienvenido Presilla (coordinador), Javier Miguel Riaño, Ramón Tejada y Consuelo Urrutia

EQUIPO FUNDACION GIZAKIA:

Josune Aguirre, Rafael Cortés (coordinador), Marta Fernández de Aguirre, Zaloa Goitia, Maider Landeta, Ibon Olmos, Ainara Sánchez y Begoña Zorraquín

PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES:

- AGIFES: Nerea Amunarriz, Eloina González, y Ainhoa San Pedro
- AVIFES: Itziar Ceballos, Cristina Núñez y Ainhoa Rodríguez
- BIZITEGI: Pablo Ruiz
- CENTRO ABEGIA (Instituto Foral de Asistencia Social - Diputación de Araba): Alejandro Cortés Galán, Noemi Martín
- ESTRUCTURAS INTERMEDIAS DE SALUD MENTAL DE LA COMARCA DE BILBAO - (Osakidetza): M^a Asunción Garay y Rubén de Pedro
- FUNDACIÓN JEIKI: Joseba Rey y Manu Seoane
- FUNDACIÓN IZAN: Maria Cillero, Joxemari Izeta, e Izaskun Sasieta
- HOSPITAL AITA MENNI MONDRAGÓN: Izaskun Arrese, Vicente Hueso y Beatriz Noguerras
- UNIDAD DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA DE ALAVA (Osakidetza): Margarita Hernanz

Justificación y antecedentes del proyecto

¿Por qué es importante trabajar en la identificación de buenas prácticas de atención a la patología dual?

Los y las profesionales del ámbito de las drogodependencias y del ámbito de la salud mental llevamos años siendo testigos del aumento de personas en las que coexisten adicción y patología psiquiátrica dando lugar a un diagnóstico de patología dual que cada vez parece más evidente que tiene entidad en si mismo y que no es la mera asociación de ambas problemáticas. Bien sea esta patología resultado del consumo, bien haya estado previamente instaurada y se manifieste con dicho consumo, nos encontramos con una problemática que cada vez tiene más magnitud y que requiere de un abordaje especializado.

Sabido es que cuanto mayor es la suma de factores de exclusión más dificultosa es la inserción social pero, además, para las personas diagnosticadas con una enfermedad mental la plena incorporación social es más difícil de conseguir no sólo por las características de la propia enfermedad sino por la estigmatización social que, hoy por hoy, sufren.



Introducción

El reconocimiento de la patología dual en los últimos años ha generado un profundo debate sobre el adecuado diagnóstico, la eficacia de las intervenciones y, en última instancia, sobre la planificación de la asistencia a esta población. Hoy en día no se puede desconocer que, en cualquier dispositivo asistencial, debe incluirse la patología dual entre las prioridades, ya que, obviando esta perspectiva, no podremos tratar adecuadamente las problemáticas sociales añadidas.

3.1 Concepto de Patología dual

La coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas con otros trastornos psiquiátricos la conocemos como patología dual (PD).

Nos parece importante resaltar algunos hechos confirmados por evidencias científicas:

- A. La concurrencia de trastorno mental y trastorno relacionado con sustancias es frecuente: En las últimas décadas, mediante estudios epidemiológicos, se ha clarificado la íntima y también significativa relación entre las conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos. La elevada prevalencia de esta comorbilidad indica que no puede ser desconocida por cualquiera que trate las enfermedades mentales. En un estudio prospectivo sobre la prevalencia de la patología dual hecho recientemente (2008) en la Comunidad de Madrid, se ha encontrado que, en las redes sanitarias públicas relacionadas con la salud mental, el 53,2% del colectivo de pacientes que reciben tratamiento presenta patología dual y que en las de drogodependencias este porcentaje llega al 63%.
- B. La PD afecta a un porcentaje de las personas con trastorno mental grave (TMG) que oscila en torno al 20-30% de los casos, siendo un factor de mal pronóstico. Factor que se añade a las características que definen el TMG, que son: el diagnóstico de psicosis y algún trastorno de personalidad, una duración de la enfermedad superior a dos años y la presencia de una discapacidad moderada o grave del funcionamiento laboral, social y familiar. (Cuadernos Técnicos AEN. 2002)
- C. Las personas que presentan patología dual tienen mayor riesgo de recaídas, hospitalización, frecuentación de servicios de urgencias, violencia, encarcelación, mendicidad, complicaciones médicas, ideación y conducta suicida, mortalidad, y en general dificulta enormemente el proceso de inserción social de este colectivo. En concreto, resulta preocupante, según nuestra experiencia el incremento de este grupo entre la población reclusa.
- D. La atención a este colectivo en redes paralelas de salud mental y drogodependencias se muestra poco efectiva e ineficiente en el abordaje del trastorno dual. Son frecuentes la falta de accesibilidad, poca adherencia, mensajes contrarios, dificultades de coordinación, etc.

3.2 Modelos de intervención

La experiencia de nuestro trabajo nos hace ser conscientes de que las personas que presentan conjuntamente una adicción y una enfermedad mental requieren de una intervención integral que atienda de forma globalizada las problemáticas añadidas que, muy a menudo, presentan. En muchas ocasiones hace falta encontrar respuestas coordinadas desde diferentes entidades que atienden la situación.

Entendemos también que el proceso de recuperación en PD es un proceso de trabajo a largo plazo, de curso crónico, con altas tasas de recaídas. Estando indicado, según autores, mantener una valoración de riesgo de recaída ajustado a la situación de cada momento por periodos superiores a los dos años, incluso en casos de uso histórico pero en remisión, es decir, tras más de un año de abstinencia.

Compartimos los planteamientos de quienes entienden que en los programas de atención al TMG tiene que estar dirigido a PD, pudiendo jugar un papel de protección ante el elevado riesgo de abuso de drogas en este colectivo.

3.3 Algunas conclusiones de otros estudios

Recogiendo algunas propuestas del **Informe Socio-sanitario Ararteko 2008** tomamos el concepto “condiciones crónicas” de la OMS. Permite agrupar y mirar una serie de contingencias de larga duración que producen graves distorsiones en la vida de la persona, con repercusiones sobre el área personal, familiar y social de quien las padece. La atención a la cronicidad debe incluir nuevos conceptos, nuevas ideas, nuevos métodos o programas de prevención, tratamiento y cuidados, capaces de responder a unas necesidades muy diferentes. Entre estos nuevos conceptos a considerar son aquellos casos de PD que requieren de una intervención mantenida como apoyo estable a la persona.

Desde el **Observatorio Tercer Sector 2010 en Bizkaia** se nos plantean algunas cuestiones clave como “mejorar la coordinación entre recursos y sistemas (sanitario, social,...) particularmente en lo referente a la coordinación de caso compartido, la necesidad de avanzar en un modelo comunitario más flexible, de generar dispositivos de soporte y fomento de redes de apoyo”.

La **Asociación Española de Patología Dual** en diversos documentos nos recuerda “que existe un único enfermo mental y varias redes de tratamiento para estos pacientes, cuya entrada es aleatoria y condicionada a la presencia de un análisis transversal de sus síntomas”. La necesidad de adaptar los recursos asistenciales, la coordinación inter e intrainstitucional y el modelo de prevención a las particularidades de personas con PD es tarea aún pendiente.

4

Descripción del proyecto

4.1 Modelo de intervención y recursos de Argia Fundazioa

Argia Fundazioa es una institución sin ánimo de lucro que presta servicios a personas con enfermedades mentales graves de curso crónico, creada en el año 1989 a impulso de la Comunidad de Padres Trinitarios de Algorta-Getxo, Bilbao Bizkaia Kutxa e Iglesia Diocesana de Bilbao. Su ámbito de actuación es el territorio histórico de Bizkaia.

Su modelo de atención promueve la rehabilitación e inclusión social de personas con trastorno mental grave, favoreciendo su participación en la concreción de un proyecto de vida de calidad.

Desarrolla para ello cuatro servicios principales: el Hospital de Día ubicado en Getxo, la Mini-Residencia Zurimendi en Galdames y Pisos Tutelados, con un total de 25 Pisos, ubicados en Bilbao, Las Arenas, Erandio y Barakaldo y un club de tiempo libre de fin de semana.

Promueve igualmente la sensibilización social ante la realidad del estigma de la enfermedad mental promoviendo el voluntariado social y el trabajo en red con otras entidades sociales.

4.2 Modelo de intervención y recursos de la Fundación Gizakia

Fundación Gizakia es una entidad sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, promovida por la Diócesis de Bilbao, que desarrolla acciones innovadoras y de calidad en los ámbitos de:

- Sensibilización y prevención frente a conductas de riesgo para la salud y el desarrollo integral de la persona.
- Asistencia a personas con adicciones.
- Inserción sociolaboral de colectivos de difícil empleabilidad.

Todas ellas en un proyecto compartido con sus entornos familiares y sociales.

En Fundación Gizakia se trabaja desde el modelo biopsicosocial, tratando de dar respuesta integral y personalizada al amplio abanico de demandas que son recibidas. Para ello se cuenta con equipos multidisciplinares, recursos de diferentes ámbitos (sanitarios, sociales y educativos) y se trabaja en red con otras entidades con las que se coordina la intervención.

RECURSOS: CARTERA DE SERVICIOS

Fundación Gizakia oferta los siguientes servicios para cada uno de los colectivos destinatarios de atención:

PERSONAS DROGODEPENDIENTES Y FAMILIAS

1. Tratamiento
2. Incorporación e inserción social
3. Apoyo a familias

ADOLESCENTES Y FAMILIAS

1. Orientación y asesoramiento
2. Intervención psicosocial y terapéutica

PERSONAS EXCLUIDAS DEL MERCADO LABORAL

1. Orientación para el empleo
2. Formación para el empleo
3. Fomento de empleo

POBLACIÓN GENERAL

1. Atención telefónica
2. Formación y asesoramiento

4.3 Metodología del proyecto

Planteamos un programa de transferencia de conocimiento entre diferentes entidades, en base al análisis colegiado tanto de casos clínicos como de los modelos de intervención en las organizaciones. Esta propuesta es abordada por varias entidades, con diferentes niveles de implicación que van desde trabajo conjunto de un grupo tractor (compuesto por profesionales de Fundación Argia y Fundación Gizakia) hasta las aportaciones de las entidades colaboradoras en el proyecto, que han sido:

En ARABA:

- Unidad de Rehabilitación Comunitaria Hospital de Álava-Osakidetza
- Unidad Residencial Sociosanitaria “Abegia”-Instituto Foral de Asistencia Social-Diputación de Araba
- Fundación Jeiki

En BIZKAIA:

- Bizitegi
- Estructuras intermedias de Salud Mental de la Comarca de Bilbao-Osakidetza
- Asociación Vizcaína de Familiares de Enfermos Síquicos

En GIPUZKOA:

- Hospital Aita Menni Mondragón
- Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Síquicos
- Fundación Izan



Grupo tractor compuesto por Fundación Gizakia y Fundación Argia.

Nos planteamos los siguientes objetivos de colaboración:

1. Aumentar el conocimiento de cada organización, Gizakia y Fundación Argia, sobre problemática dual
2. Definir y poner en marcha una intervención sistematizada sobre problemática dual en cada organización por separado (dirigida a aquellos casos que somos capaces de tratar de forma autónoma)
3. Diseñar e implantar un programa piloto conjunto de atención a la problemática dual que evite la sobre estigmatización de este colectivo más difícil.
4. Queremos además aprender a diseñar y trabajar programas conjuntamente con otras entidades.

Iniciamos un equipo de trabajo en el segundo semestre de 2010. Su objetivo era definir y poner en marcha una intervención sistematizada sobre problemática dual en cada organización por separado (dirigida a aquellos casos que somos capaces de tratar de forma autónoma). Este trabajo se presentó como parte de los actos de las Jornadas del 25 aniversario de Proyecto Hombre de Bizkaia, primer programa de Fundación Gizakia, celebradas en la Universidad de Deusto – Bilbao.



Red de entidades de la Comunidad Autónoma Vasca.

Posteriormente desarrollamos en 2011, seis sesiones conjuntas entre el equipo de trabajo multidisciplinar de Gizakia y Argia, de cinco horas cada una y que centran en diversos momentos de intervención con personas con PD: demanda de servicios e incorporación, elaboración de un diagnóstico, intervenciones en servicios de día, intervenciones en servicios residenciales, coordinación interna y externa, inserción socio-laboral y ocio. Esta tarea se veía precedida por un trabajo previo de cada entidad que se ampliaba desde el equipo de trabajo a las diversas unidades y servicios.

En paralelo con este proceso activamos una red de entidades del territorio de la comunidad autónoma del País Vasco, compuesta las nueve entidades mencionadas. Realizamos con dicha red dos sesiones de trabajo presencial de cinco horas de duración cada una, en las que se lanzó el proyecto y la documentación y materiales elaborados entre Gizakia y Argia. Más tarde, cada entidad realizó un trabajo individual en el que revisaba y enviaba sus aportaciones sobre las actas de trabajo que se les hacían llegar periódicamente.



Red de entidades de la Comunidad Autónoma Vasca.

Con el material y las reflexiones elaborados desde ambos ámbitos se realiza un trabajo de condensación y estructuración, que se presenta a ambas redes de trabajo y finalmente se hacen públicas en las segundas Jornadas Técnicas de Argia. Trabajo que presenta un análisis de problemas, las buenas prácticas que dan respuesta total o parcial a los mismos y los resultados que se obtienen con la implantación de dichas Buenas Prácticas.

Dificultades y Buenas Prácticas para la Inserción Social de personas con Patología Dual relacionadas con:

5

5.1 Planteamiento general sobre abordaje de la alianza terapéutica con personas que sufren patología dual

La construcción de una alianza terapéutica firme es el eje conductor en el que se articulan las diferentes intervenciones en salud mental. La fortaleza de esta alianza permitirá, en algunas ocasiones, realizar cambios personales del mundo interior y, en otras, se limitará a modificar las estructuras del entorno que posibiliten mejorar la atención a necesidades de la persona. Una alianza que, por supuesto, ha de ser de carácter interpersonal entre persona usuaria y profesional que le atiende, pero que debería extenderse y potenciarse también hacia la institución que presta esa atención. Una medida necesaria dada la larga duración de algunos procesos y la alta probabilidad de cambio de los/as profesionales durante los mismos.

El desarrollo de esta relación se ve afectada en la Patología Dual por características de las personas y de su entorno socio-familiar, como son:

- Capacidades y autonomía.
- Desajustes de funcionamiento asociados al consumo.
- Pertenencia a grupos específicos: mujeres o personas jóvenes.
- Actitud de la familia hacia la persona afectada y hacia el recurso de atención.

Las buenas prácticas propuestas pasan por un abordaje educacional más que confrontacional, proponiendo un trabajo en alianza con la persona usuaria, con compromiso de objetivos consensuados. Se plantea avanzar desde los estadios pre-motivacionales con relación a su patología dual, estableciendo objetivos de cambio en un proceso progresivo, no unidireccional y que, manteniéndose en el tiempo, favorezcan la continuidad de cuidados.

Como resultado, el desarrollo positivo de la alianza terapéutica supondrá la creación de un vínculo terapéutico y una mayor confianza de la persona usuaria en el equipo profesional. De esta forma, la persona con patología dual se implicará y participará de su plan de tratamiento, que estará adaptado a sus características y necesidades y que le aporta beneficios que ella identifica como tales.

5.1.1 Conciencia de enfermedad – voluntariedad

Nos referimos aquí a la escasa o nula conciencia de enfermedad por parte de algunas personas usuarias, y al nivel de voluntariedad en su participación en los recursos asistenciales.

Respecto al primer aspecto, parece que las personas se ven obligadas a identificarse con un colectivo con el que no quieren: en los recursos de drogodependencias las personas se resisten a aceptar el diagnóstico de enfermedad mental mientras que aceptan el de drogodependencia y

en los recursos de salud mental ocurre al revés, estando presente en ambos casos la búsqueda de identidad, pertenencia y ajuste de conformidad a la definición del grupo. A la que habría que añadir el estigma social imperante respecto a la enfermedad mental y la toxicomanía respectivamente.

Lo óptimo sería que la persona tuviera conciencia de ambas patologías pero no suele ser lo habitual. Esto dificulta la adecuada colaboración en el proceso y el cambio.

En cuanto a la voluntariedad en el tratamiento por parte de la persona usuaria, siempre deseable, es complicada de obtener, en función del momento personal y de la motivación, que suele ser baja. Es particularmente difícil en personas con reiterados fracasos y recaídas que no ven beneficios en realizar cambios o continuar tratamientos, aunque desde fuera pareciera que cuenta con capacidades y recursos para dar nuevos pasos.

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Partiendo de conocer dónde tiene o carece de conciencia de enfermedad la persona (respecto a la enfermedad mental o respecto a la drogodependencia) avanzar en la conciencia de las limitaciones afrontando los problemas y necesidades en cada momento.
2. Trabajar por la conciencia de enfermedad en Patología Dual, para que las personas usuarias entiendan la complejidad de su perfil, se identifiquen con él y colaboren en su proceso.
 - Acompañando, sin presionar, a través del vínculo establecido y a lo largo del tiempo, durante todo el proceso de la persona.
 - Con explicaciones, ejemplos, libros, etc., adecuando el contenido a la capacidad y ritmo de la persona. Aclarando dudas y rompiendo con mitos.
 - Haciendo comprender a la persona su patología psiquiátrica, la importancia de su colaboración en el tratamiento, el manejo de la sintomatología, de la medicación, la interacción del consumo de tóxicos...
 - Utilizando el Modelo de Prochaska y Diclemente como posible referencia para entender la posición de las personas tanto respecto al consumo como respecto a la posibilidad de cambio y a la aceptación del diagnóstico
3. Recoger a la persona cuando, tras no seguir las indicaciones, tenga problemas añadidos. Es evidente que las personas usuarias pueden negar su problema, no entenderlo o no aceptarlo... pese a nuestro trabajo, y en ese caso, hasta que la propia experiencia vital no les vaya demostrando lo que el equipo profesional les dice, no lo integrarán.
4. Si la voluntariedad y la implicación son escasas, la alianza se establecerá dando prioridad a la atención de las necesidades de la persona. En ocasiones es preciso forzar el tratamiento (situaciones de riesgo grave para la persona o el entorno y en caso de riesgo mantenido). En todo caso siempre debemos rescatar el mensaje de que el tratamiento es la opción menos mala para la persona, trabajando al menos para frenar el deterioro de la misma.

5.1.2 Autonomía y Participación

La experiencia señala que las personas con patología dual suelen asumir pocas responsabilidades por sobreprotección o por carecer de habilidades. Su patrón de comportamiento es menos permeable al cambio (un cambio que es más difícil de conseguir y que requiere más tiempo). Además, en el caso de incapacitación legal, se puede dar una vivencia de pérdida de derechos por parte de la persona.

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Promover siempre la participación y la asunción progresiva de responsabilidades en función de las capacidades potenciales de la persona, en lo individual y en lo grupal.
2. Prever procesos con más tiempo y perseverancia por parte del equipo profesional.
3. Favorecer sus competencias y ponerlas a disposición del colectivo en tareas como “hermano mayor”, “instructor de habilidades”, responsabilidades de cara al grupo... Cuando haya habido daño, ofrecer tareas relacionadas con “reparación o devolución” tanto en lo individual como en lo social.
4. Trabajar sobre el autoestigma de la propia persona y sobre las limitaciones que su situación suponen frente a su idea de calidad de vida.
5. En caso de incapacidad, realizar una adecuada coordinación con la persona designada como tutora, y apoyar a la persona en el proceso para darle a conocer aspectos protectores y beneficiosos de tal medida.

5.1.3 Desajustes asociados al consumo

Una dificultad para el control del consumo es que, por parte de la persona, pueden ser percibidos como beneficioso sobre parte de la sintomatología psiquiátrica (apatía, anhedonia...), que puede mejorar momentáneamente. A este problema subjetivo se suman otros como la interacción de los consumos con la medicación, la gran variabilidad de efectos con patrones de consumo similares, o el incremento de patología multiorgánica de diversa gravedad, con su correspondiente efecto sobre la salud.

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Afrontar el consumo y los procesos de recaída desde un modelo de abstinencia parcial y reducción de daños.
2. Debemos disponer de un tratamiento farmacológico integrado que sea eficaz en el trastorno psiquiátrico y controle sus efectos secundarios y que disminuya el ansia de consumir, valorando además las posibles interacciones con la droga de abuso. Dicho tratamiento será supervisado para asegurar su cumplimiento.
3. Realizar intervenciones psicoeducativas sobre salud, riesgos y daños tanto respecto a los consumos como a la patología mental.
4. Trabajar por la mejoría de la calidad de vida de la persona y la reducción de daños en TMG

(un ejemplo puede ser el Modelo de Calidad de Vida de Schaleck y Verdugo), considerando las necesidades de mejora de dicha calidad de vida en la persona, el entorno y el equipo profesional. La identificación y negociación de las intervenciones que supongan respuesta a necesidades son herramientas de mejora de la alianza y de la calidad de vida.

5.1.4 Personas jóvenes

En lo que respecta a este colectivo se detecta la dificultad para integrarse grupalmente con otras personas con patología dual pero de más larga trayectoria. Además las familias se comprometen menos en los procesos.

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Desarrollar programas de intervención precoz, con delimitación de espacios específicos para personas jóvenes (especialmente en lo residencial) con estabilidad y continuidad.
2. Las personas jóvenes requieren una intensa intervención familiar, y para abordar la menor participación de éstas (cambio de perfil, compromisos laborales otras necesidades) es preciso adaptarse a su disponibilidad y compromisos reales para poder contar con ellas.

5.1.5 Perspectiva de género

La problemática de las mujeres permanece enmascarada y se hace visible cuando el problema está más avanzado.

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Desarrollar programas de detección precoz, para buscar y captar a esas mujeres, por ejemplo con intervenciones a domicilio.
2. Tener en cuenta la perspectiva de género planteando acciones específicas para mujeres en los recursos cuidando y atendiendo aspectos como: maternaje, alimentación, pérdidas de hijos/as, sexualidad y riesgo, prostitución, imagen, violencia machista, otras culturas...

5.1.6 Las familias de las personas usuarias

Las familias parecen resistirse a participar activamente y colaborar en el proceso de la persona usuaria. Puede tener que ver con el cambio social, pero en patología dual sabemos que a más implicación familiar hay mejores resultados de mayor inserción, por lo que es importante conseguir trabajar con la familia, ya que, además, en caso contrario, pueden llegar a boicotear las intervenciones.

Generalmente llevan muchos años acompañando a la persona, creen que ya lo saben todo y que el equipo profesional no va a aportarles nada nuevo. Cansadas, en ocasiones no se enfrentan al conflicto con la persona usuaria, delegando la puesta de límites en el equipo profesional, y la propia persona usuaria puede aprovecharse de esto.

Además, presentan normalmente conflictos intrafamiliares más significativos, factores de vulnerabilidad mayores y han vivido experiencias más “traumáticas” con las personas en tratamiento. A veces se dan dualidades de sobreprotección versus rechazo a la persona en tratamiento, y en ocasiones es ésta la que no quiere que su familia participe en el mismo.

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Ajustar las intervenciones a su compromiso y disponibilidad, rescatando aspectos saludables del funcionamiento y del vínculo aun en los casos más conflictivos.
2. Ofrecer apoyo a la familia (individual y grupal) para la comprensión de la problemática de la persona usuaria y psicoeducación en pautas de actuación, y trabajar con una perspectiva sistémica, transmitiendo una perspectiva a largo plazo del problema. Los grupos de apoyo a largo plazo suponen un refuerzo afectivo para sus miembros.
3. Ajustar el rol profesional, no en superioridad ni con prescripciones, sino proponiendo acuerdos, y facilitando la comunicación y el establecimiento del vínculo.
4. Mantener un trabajo continuado desde el inicio y con contactos protocolizados con periodicidad para el mantenimiento de la relación y la comunicación, no únicamente en base a conflictos.
5. Crear grupos de apoyo específicos para familiares de personas con PD, con objetivos básicos en torno al autocuidado y a la toma de conciencia de enfermedad:
 - Qué significa e implica el diagnóstico.
 - Manejo de la sintomatología (tanto positiva como negativa).
 - Importancia y manejo de la medicación.
 - Manejo de la no abstinencia.
6. Promover la colaboración para el seguimiento de la persona usuaria (durante las visitas, los permisos, comunicaciones...), compartiendo objetivos comunes y realistas.
7. Tener en cuenta que provocamos cambios familiares importantes con nuestras intervenciones. Acompañar en esos cambios a la familia.
8. Respetar lo que opine la persona usuaria respecto a la participación o no de su familia en su proceso.

5.2 La demanda y el acceso a los servicios

El momento de primer contacto entre la persona con patología dual y los nuevos servicios está rodeado de expectativas múltiples, temores y esperanzas. Gestionar este momento de manera adecuada es un factor clave de la atención, ya que supone una aceptación y compromiso mutuo. Este contacto inicial requiere de preparación y organización.

A las dificultades propias del establecimiento del diagnóstico de una patología dual, se suma en muchas ocasiones el conocimiento poco preciso de las habilidades, déficits y necesidades de las personas, así como de su multiproblemática o variables de exclusión añadidas. Problemas añadidos pueden ser los límites en los criterios de admisión que los diversos servicios pueden plantear, y los requisitos, normas, demoras o protocolos de entrada, aspectos de los que en ocasiones no se informa con la suficiente claridad a la persona usuaria, lo que influirá negativamente en su motivación en un momento crítico como es el de la adaptación a un nuevo recurso.

En este sentido se señalan como Buena Práctica un trabajo previo de definición del servicio que prestamos, con una comunicación clara a los centros derivantes, y de éstos a las personas interesadas, estableciendo una alianza y un funcionamiento acordado entre servicios, previo a la derivación del caso. Habrá que entender la Patología Dual como una variable que requiere actuaciones específicas en la adaptación de nuevas personas usuarias, favoreciendo contactos previos y conocimiento mutuo entre la persona y el nuevo servicio.

El resultado de establecer un adecuado primer contacto entre las personas y las entidades permitirá decidir a ambas sobre la incorporación de aquéllas de manera informada y consensuada, y se convierte en condición favorecedora del posterior proceso terapéutico. Un acuerdo que satisface adecuadamente las necesidades y expectativas de ambas partes y que puede incorporar metas de baja exigencia.

5.2.1 Diagnóstico

Cuando se incorporan las personas usuarias en centros de drogodependencias hay que realizar el diagnóstico en relación al consumo de sustancias, así como detectar si hay alguna patología mental no diagnosticada, y no suelen tener realizada la valoración de dependencia y/o grado de minusvalía. Por el contrario, en la incorporación en los recursos de salud mental no está claro muchas veces el grado de consumo.

Se necesita estabilizar la sintomatología aguda, tanto por abuso de sustancias como por patología psiquiátrica. Y es preciso diferenciar los síntomas psicopatológicos por efectos asociados al consumo de los síntomas propios de un trastorno psiquiátrico. A veces, diagnósticos previos pueden estar influidos por el consumo y es preciso perfilarlos mejor en situación de abstinencia. Además, cabe la posibilidad de que tampoco en nuestro recurso consigamos garantizar la abstinencia, lo que perpetúa la interferencia del consumo de drogas.

La multiproblemática de estas personas obliga a un abordaje interdisciplinar (psiquiátrico, psicológico, médico, educativo, formativo – laboral...) en la fase diagnóstica, con el objetivo de que las diferentes áreas queden integradas en planes de intervención que aborden de la manera más completa posible este diagnóstico inicial. Por otra parte, se echan en falta escalas específicas de valoración para el colectivo.

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Entender la Patología Dual como un fenómeno con entidad propia desde una perspectiva biopsicosocial, que exige un diagnóstico multiárea y multidisciplinar que recoja las funcionalidades y necesidades de la persona a diferentes niveles.
2. Estabilizar la sintomatología aguda y llevar a cabo el diagnóstico en situación de abstinencia, verificada mediante analíticas sistemáticas de control de tóxicos. Antes de establecer un diagnóstico definitivo y un tratamiento a largo plazo, es precisa una observación de la persona en situación de abstinencia durante un periodo variable de 2 a 4 semanas. Dicho diagnóstico debe ser revisado en diferentes momentos del proceso para ver más allá de una foto fija.
3. Utilizar herramientas e instrumentos estandarizados para la valoración, para comprender mejor la problemática de cada persona y poder ajustar la intervención a las capacidades de la misma. Ejemplos de herramientas diagnósticas: Escala SCIP (valoración cognitiva para esquizofrenia), escala HONOS, Millon, GAF, Weiss 3, MPPI 2, Test TCI Cloninger (temperamento y carácter), PSP, EuropASI (adicción).
4. Identificar factores clave de recaída en el consumo o crisis en la enfermedad mental.
5. Trabajar con equipos interdisciplinarios, coordinados, que contrastan información e intervenciones, donde los y las profesionales intervinientes conocen las implicaciones del diagnóstico en el proceso posterior.

5.2.2 Criterios de inclusión/exclusión

Se siguen dando los límites tradicionales, en virtud de los cuales los centros de salud mental no aceptan en principio a personas con un consumo activo problemático y los centros de drogodependencias no suelen aceptar a personas con patología mental grave descompensada.

En un gran porcentaje de casos, además, las personas con PD presentan mayores deterioros a todos los niveles (físico, psicológico, educativo, de ocio y tiempo libre, familiar, social y formativo – laboral).

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Entender la Patología Dual como un factor crítico que requiere un proceso de intervención específica, con itinerarios y medidas concretas.
2. Determinar qué perfiles puede atender cada recurso y cuáles no, de cara a cuidar a las personas con intervenciones adecuadas y ajustadas a sus necesidades. Antes de aceptar un perfil dudoso, el equipo debe valorar cómo va a intervenir.
3. Los recursos deben ser flexibles y capaces de innovar y adaptarse:
 - a. Introduciendo cambios en los modelos tradicionales de tratamiento.
 - b. Ampliando la oferta de tratamiento de manera que no sean las personas quienes se adapten a un modelo, sino que sea el modelo el que se adapte.
 - c. Enriquecer los recursos a través de diferentes figuras profesionales que respondan a las necesidades del perfil.

- d. Con formación específica en PD para los equipos de profesionales, que permita utilizar técnicas de abordaje específicas.
 - e. Relativizando y contextualizando posibles comportamientos de las personas usuarias, entendiéndolos desde la peculiaridad del perfil de Patología Dual. Por ejemplo, ante posibles manipulaciones (una característica del perfil drogodependiente).
4. Atender a la globalidad de la persona, en la medida de lo posible, en un mismo recurso integrado que atienda a sus diferentes necesidades sin que tenga que desplazarse o trasladarse a diferentes ubicaciones o entidades. Si esto no es posible hay que extremar la coordinación con otros recursos implicados, y si van a intervenir nuevos recursos, solapar el acompañamiento entre los mismos hasta que la persona se asiente, realizando un trasvase de la atención lo más cuidado posible.

5.2.3 Protocolo de entrada

Los requisitos y el protocolo de entrada no suelen estar adaptados a personas con patología dual, y en ocasiones no hay suficiente claridad para ellas en la información sobre normas, derechos y obligaciones en el recurso en cuestión. Y la persona que llega puede no tener una actitud positiva ante el ingreso en el nuevo dispositivo o mostrar una baja motivación. Además, en los períodos iniciales se da un alto nivel de desajustes, siendo momentos críticos de adaptación.

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Protocolizar realización de contratos terapéuticos en todos los casos considerándolos instrumentos para la comunicación con la persona usuaria. Dichos contratos deberán reflejar los compromisos adquiridos por ambas partes, incluyendo aspectos conductuales específicos, enfatizando las normas y límites, (y las consecuencias tanto para el cumplimiento como para el incumplimiento de las mismas).
2. Se intentará realizar una elaboración conjunta de los documentos entre el/la profesional y la persona usuaria, fomentando la participación de ésta. No realizar prescripciones, sino llegar a acuerdos (pese a en ocasiones no lograr con ello lo inicialmente previsto por el/la profesional), y reforzarlos a través de las firmas. Realizar revisiones periódicas de los documentos, con la frecuencia necesaria (hasta semanal en inicio).
3. Atender específicamente al proceso de adaptación de nuevas personas:
 - a. Fomentar contactos y períodos de prueba previos a la incorporación definitiva.
 - b. Facilitar la transmisión de información inicial: Ofreciendo por escrito los documentos necesarios (condiciones de acceso, servicios que se le prestarán, normas, derechos y deberes...), que serán debidamente explicados por el/la profesional. Permitiendo que la persona se lleve a casa los documentos para releerlos, y ubicando dichos documentos a la vista en zonas comunes.
 - c. Hacer visible la coordinación entre los/as diferentes profesionales y recursos intervinientes: Explicar que la coordinación es activa y supone una comunicación fluida, que las diferentes partes intervinientes forman parte del mismo todo y contrastan información e intervenciones.
 - d. Posibilidad de plantear intervenciones más básicas según necesidades.
 - e. Acompañar en la gestión, si es el caso, de posibles prestaciones, ayudas sociales, valoración de minusvalía/dependencia.

5.3 Gestión del día a día en los servicios

La atención a Patología Dual en servicios no específicos supone adaptar alguno de los funcionamientos habituales a las necesidades y características de este colectivo. Mantener inalterado nuestro modelo de intervención cuando las necesidades a las que atienden son distintas supone un alto riesgo de fracaso. Este grupo presenta características propias a las que necesitamos atender bien sea realizando adaptaciones de nuestra realidad asistencial o generando respuestas totalmente nuevas.

Algunas dificultades sobre las que hemos reflexionado tienen que ver con las interferencias que supone el consumo de sustancias tóxicas en los recursos o durante el tratamiento, las necesidades de ajustes sobre los modelos de intervención, la necesidad de disponer de recursos de apoyo y el necesario cuidado del equipo profesional.

Las buenas prácticas que se describen redundarán en una mejor prevención, detección y actuación frente a situaciones de riesgo para la persona usuaria de manera individual, y también supone el aprovechamiento de la fuerza rehabilitadora del grupo para todo el colectivo. Finalmente los equipos profesionales funcionan como red de conocimiento (lo que incrementa y diversifica su capacidad de actuación), a la vez que actúan como soporte de cada uno de sus miembros, lo que aumenta la satisfacción con el ambiente y la dinámica de trabajo, reduciendo el estrés y el desgaste profesional.

5.3.1 Consumo de sustancias

Las personas usuarias pueden consumir a pesar de las medidas para evitarlo o manifestar ambivalencias ante el abandono del consumo. Ofrecer alternativas saludables al mismo puede significar el aislamiento de la persona de su “normalidad” (amistades que consumen, por ejemplo).

La presencia de consumos influye en la interpretación de las conductas de las personas usuarias por parte del equipo profesional: Se puede normalizar una conducta agresiva si la persona que la lleva a cabo no consume (atribuyéndolo a su patología mental) mientras que se imprime a la misma conducta de voluntariedad y se penaliza más si proviene de una persona que consume.

Estos consumos rompen la dinámica del recurso y es fácil que se produzca un contagio grupal. Pueden aparecer también desajustes económicos, y en el caso de los recursos residenciales, la probabilidad es mayor en las salidas de los mismos. Pueden surgir quejas vecinales por consumo o ventas en el entorno físico del centro, o, contrariamente, boicots a las intervenciones profesionales (por ejemplo, vecinos/as que invitan a beber al usuario/a...).

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Flexibilizar las aspiraciones de abstinencia total y aceptar la reducción del consumo, pero transmitiendo que eso es lo deseable, sin que se pueda entender que se da “permiso para consumir”. Aceptar la no abstinencia para algunos casos. En ocasiones habrá que aspirar al menor consumo posible y el menor daño posible.
2. Realizar controles de consumo de tóxicos sistemáticos (analíticas, controles de orina, pruebas de alcoholímetro), protocolizados para todos los casos, especialmente al inicio del tratamiento, y explorando la vivencia de la persona en esos controles.

3. Si es preciso el trasvase de información sobre el resultado de los controles (bien porque se solicitan a otra entidad análisis más detallados, o porque hay otros recursos implicados en el incumplimiento del contrato), explicitar con el paciente y entre recursos el nivel de información a compartir y registrar el acuerdo por escrito.
4. Establecer límites claros y consecuencias en caso de consumos. Ante un salto de límites, trasladar la información a la persona con inmediatez.
5. Explorar la causa del consumo o los beneficios que éste aporta a la persona, para obtener información sobre la historia de los consumos y las diferentes maneras de abordarlo. Significa entenderlo como un síntoma indicador de algo más, siendo necesario un trabajo integral sobre la globalidad de la persona para tratar los factores o necesidades que haya detrás.
6. Trabajar específicamente sobre el consumo, a través de programas de contenido psicoeducativo sobre sustancias y de programas de prevención de recaídas. Así como que cada integrante del grupo reconozca el riesgo y actúe ante el mismo, utilizando los espacios grupales como herramienta para promover el cambio y definir límites. En el caso de recursos residenciales plantear permisos y salidas condicionados al no consumo, y evitar la concurrencia de personas con elevado riesgo.
7. Trabajar por un cambio de hábitos relacionados con los consumos y conductas de riesgo. Promover alternativas saludables a través de talleres de hábitos saludables, de manejo de información relacionada con agendas culturales, de programaciones para el tiempo libre (planificar actividades, acompañantes, gasto económico, horarios... en coordinación con agentes supervisores externos como la familia, los pisos de apoyo...), y si es posible en su sistema de relaciones habitual.
8. No tomar decisiones inmediatas, intentando contener la situación, analizando el caso y ofreciendo una propuesta de solución en el marco del recurso utilizando los instrumentos habituales de trabajo. Si la incidencia se considera excesiva, plantear una expulsión temporal del recurso o actividad, buscando fórmulas que permitan una supervisión (albergue, centro de salud...), o un paso a un recurso diferente durante un tiempo.
9. Acompañar en la gestión económica y control del gasto (evitar dar más dinero que el acordado como necesario, pedir los tickets de transporte, si gastan más de su dinero o del común deben devolverlo...). Permitirá prevenir frente al gasto en consumo o hacer frente a posibles extorsiones de terceras personas.
10. Trabajar la responsabilidad hacia la comunidad y la relación sostenible con el entorno.

5.3.2 Situaciones de crisis

Aparecen dificultades en la incorporación, estabilización y tratamiento en el recurso, debido a la inestabilidad en la persona usuaria, que en ocasiones derivan en situaciones de crisis de difícil manejo para el equipo que debe afrontarlas.

Los planes de crisis ante descompensaciones psiquiátricas suelen estar previstos en los centros de salud mental, pero no en los de centros de drogodependencias. Y a la inversa, en los centros

de drogodependencias se hace hincapié en la prevención de recaídas de consumos, algo menos frecuente en los de salud mental. Las dificultades se agravan si no existe en el momento disponibilidad de figuras (como la del médico/a, por ejemplo), o si intervienen agentes que pueden condicionar las actuaciones del equipo (medidas judiciales, por ejemplo).

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Establecer un “Plan de Crisis” global y uno individualizado para dar respuesta a posibles intervenciones en situaciones conflictivas tanto en cuanto a descompensaciones psiquiátricas como ante recaídas en el consumo:
 - Para la elaboración del plan individualizado, se analizan las causas de las crisis, síntomas, pautas de intervención más adecuadas... y se crea un procedimiento de intervención de cara a futuro.
 - En situaciones de crisis, se atenderá a las pautas establecidas en dichos planes.
 - Por encima de todo se procurará contener la situación de la manera más cuidadosa posible (para la persona afectada, para el grupo y para el equipo profesional).
2. Evaluar el manejo de la situaciones de crisis, a través de indicadores que orientan y verifican si se han logrado o no los objetivos marcados y nos ayudan a mejorar.
3. Aprovechar recursos con diferente nivel de contención en la misma entidad, si esto fuera posible.
4. Introducir límites que no afecten al tratamiento clave (asistencia al programa, consulta psiquiátrica, cumplimiento farmacológico, actividades terapéuticas grupales, etc.). Por ejemplo, reduciendo horario o presencia en otras actividades.
5. Valorar un ingreso voluntario ante el riesgo de descompensación, y si éste se produce, mantener el vínculo y coordinar intervenciones, cuidando la aceptación, la incondicionalidad y el no abandono en este proceso.

5.3.3 Duración y modelo de la intervención

En cuanto a tiempos de intervención, los centros de salud mental y los de drogodependencias mantienen una importante diferencia: Mientras que los primeros plantean tratamientos a muy largo plazo (con una consecuente baja rotación de plazas), los segundos plantean unos procesos de inserción con una media temporal de unos 2 años aproximadamente, que se está alargando para las personas con PD, dado que la estancia media en tratamiento es mayor y los procesos más lentos. Posteriormente se les indica la derivación a un CSM, pero en muchas ocasiones éstas no quieren desvincularse de la entidad.

Históricamente, en CT no se aceptaban personas con EMG ni tampoco con consumo activo al ser un tratamiento de alta exigencia, que implica una alta autonomía por parte de las personas y esto se traduce en dificultades con las personas con Patología Dual. Además, la intervención tradicional en recursos residenciales en drogodependencias ha estado dirigida a la abstinencia, a corto plazo y de manera directiva. Esto se traduce nuevamente en dificultades con el perfil de PD.

Respecto a la toma de medicación, las personas con EMG están más familiarizadas con el uso de la misma y es probable que vean más su utilidad (porque si no son ingresadas, se encuentran mal...).

Las personas drogodependientes, en cambio, puede que rechacen el uso de medicación o que quieran escoger qué usar y qué no.

En los recursos de salud mental, puede haber temor a realizar intervenciones en marco grupal sobre PD por riesgo de potenciar el estigma o el riesgo de consumo de otras personas usuarias. Para estos equipos además resulta más sorprendente que las personas drogodependientes utilicen más frecuentemente en sus relaciones la manipulación y la mentira. Nos encontramos con que la intervención deja de ser en un grupo homogéneo para acoger diferentes perfiles para los que hay que flexibilizar la intervención, pero esto hace que el equilibrio grupal se complique. Las personas tienden a compararse unas con otras y es algo que hay que manejar porque puede generar malos entendidos y conflictos.

Los y las profesionales de los recursos se especializaron con otro tipo de población. La necesidad de cambios en cuanto a la concepción, terminología, metodología y procedimiento ha generado forzosamente una formación continuada de los/as mismos/as, validando los nuevos conocimientos y experiencias sin una base teórica importante y con una dosis importante de observación y aprendizaje a través de la experiencia clínica.

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Ofrecer itinerarios a largo plazo, planteando una continuidad de cuidados que sostenga y contenga a lo largo del tiempo, dado que la enfermedad mental implica dependencia y la patología dual también.
 - Dar un giro en la intervención tradicional y enfatizar en la confianza, comprensión y aprendizaje, más que en la confrontación, imposición y crítica. Adaptar los objetivos psicoterapéuticos y psicoeducativos revisando periódicamente los resultados de las intervenciones.
 - Plantear el recurso como respuesta integral a las necesidades de la persona usuaria.
 - Designar una figura de referencia para la persona, como anclaje de seguridad, apoyo, y puente entre recursos intervinientes.
2. Diversificar la intervención:
 - Atender a los distintos perfiles de las personas, a las necesidades y a los intereses de las mismas.
 - Transmitir al grupo lo positivo de que cada uno/a reciba una atención ajustada a sus necesidades, desde la diferencia individual. Paliar así posibles consecuencias negativas por comparaciones.
 - Intervenir grupalmente para que las personas sin PD entiendan y empaticen con sus compañeros/as. Integrar en la convivencia pese a la diferencia en perfiles, intervenciones...
 - Actividades paralelas para diferentes perfiles (adecuar la incorporación a las dinámicas en función de los diagnósticos: no todas las personas en todas las actividades).
 - Periodos de prueba con valoración de adecuación en cada actividad.
 - Fomentar espacios grupales donde se plantean quejas y conflictos. Fomentar habilidades para la resolución de conflictos en ellos.
3. Disponer de intervenciones psicoeducativas que amplíen conocimientos y competencias.
 - Definir un plan individualizado de intervención que fomente la flexibilidad y el ensayo-error, priorizando el compromiso mutuo y la auto-responsabilización en el desarrollo del proyecto vital.
 - Grupos experienciales para generar pensamiento.

- Explicación de la patología, de la importancia de la colaboración en el tratamiento, del manejo de la sintomatología y de la medicación, adecuando el contenido a la capacidad y al ritmo de la persona.
- Técnicas de resolución de conflictos y de solución de problemas.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Acordar objetivos estimulantes, alcanzables a corto plazo, centrados en la pedagogía para la vida cotidiana.

5.3.4 Recursos de apoyo

Respecto a los recursos de apoyo con los que se debiera contar, los mayores problemas se dan con las personas sin techo. La entrada y mantenimiento en los recursos es complicada, por los criterios de acceso y por las normas de funcionamiento internas.

No hay plazas residenciales adecuadas al perfil de patología dual. En la práctica hay dos redes residenciales: una de apoyo al tratamiento para personas drogodependientes y otra de atención a personas con patología mental excluyen a aquellas que consuman tóxicos. En algunos casos no es posible una derivación directa sino a través de recursos de intermediación, lo que puede ralentizar el proceso. En el caso de la red de salud mental, la baja rotación y los recursos insuficientes suponen una importante demora en la entrada ante largas listas de espera.

Como Buenas Prácticas señalamos:

Contar con una red asistencial de recursos que cuenten con plazas adecuadas al perfil de PD, lo que implicaría:

1. Flexibilizar el acceso a recursos residenciales para personas con patología dual, al margen de la red asistencial por la que han llegado.
2. Ante alargamiento de procesos por demora en el ingreso, trabajar mientras tanto para reducir riesgos y daños.
3. Utilizar los recursos normalizados cuando sea posible.
4. Mantener una comunicación y colaboración fluidas con los recursos.

5.3.5 El cuidado del equipo profesional

La presencia de múltiples figuras en los equipos (psiquiatría, enfermería, psicología, educación social, tiempo libre, orientación laboral...) es de entrada una fuente de enriquecimiento, pero a veces supone que se da un encuadre de las intervenciones no siempre claro, ni compartido por todas las partes implicadas.

Esto puede generar confusión o prestarse a manipulación, que, sumado al carácter estresante del tipo de trabajo y del tipo de población atendida, puede llegar a desembocar en el “Síndrome de burn out”.

Como Buenas Prácticas señalamos:

Fomentar la comunicación y el cuidado en el equipo, especialmente en el manejo de vivencias de amenaza y/o riesgo (prevenir situaciones de crisis).

Para ello sería adecuado:

1. Favorecer y facilitar la comunicación y la toma de decisiones a nivel horizontal y no piramidal.
2. Transmitir el conocimiento y habilidades entre los diferentes perfiles profesionales.
3. Contrastar información e intervenciones.
4. Visualizar y explicar la coordinación de profesionales y recursos a la persona usuaria.
5. Ajustar expectativas respecto al proceso de las personas usuarias.
6. Favorecer la rotación del personal en caso necesario.
7. Incidir en el cuidado de cada profesional trabajando personalmente con cada uno/una sobre su vivencia en el trabajo, y realizando formación específica sobre “cuidado del cuidador”.



5.4. Los programas de inserción

El riesgo de exclusión social en PATOLOGÍA DUAL es muy elevado, particularmente en lo referente a la incorporación al mundo laboral y en su participación en un ocio saludable. Se trata además de dos vertientes que, junto con la residencial, son aspectos centrales en la motivación de la persona usuaria para tratar sus problemas y desarrollar su autonomía.

Son llamativos los altos niveles de desempleo en un colectivo en el que se suman las dificultades de las propias personas usuarias y las de acceso a un mercado de trabajo, ya de por sí difícil, pero que además es poco flexible a las necesidades de este colectivo.

Por otra parte, las escasas iniciativas de ocio saludable abierto a estas personas junto a los síntomas de su patología y la, en ocasiones, mermada capacidad de disfrute, dificulta su participación en un espacio socializador de primer orden, que, además debiera ser fuente de diversión y gratificación.

Las Buenas Prácticas que se especifican a continuación permitirían que la persona usuaria desarrollara habilidades laborales a un ritmo adecuado a sus características, y que disfrutara de nuevas experiencias de ocio. Aprendiendo a organizarse de forma autónoma y rompiendo con hábitos asociados al consumo. Para la figura profesional de referencia supondría poder intervenir sobre la autoestima, la motivación y la constancia, más allá de la etiqueta diagnóstica y en términos de capacidades y de limitaciones.

5.4.1 Inserción Laboral

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Ajustar expectativas de desarrollo laboral del equipo profesional, la persona usuaria y su familia.
2. Integrar en empleos con condiciones laborales de mayor flexibilidad: estructuras intermedias, adaptación horaria, etc.
3. Centrar el objetivo en la satisfacción de la persona usuaria, en su sentimiento de participante activa y útil evitando expectativas excesivas (que generan decepción) o reducidas (“que estén ocupadas”). Por tanto, sin olvidar lo ocupacional como objetivo, trabajar en un continuo que abarca la formación, las actividades preocupacionales, los talleres, el tiempo libre activo,
4. No usar la formación para ocupar tiempo sino con un itinerario formativo coherente.
5. Necesidad de una figura de referencia que acompañe a la persona en su desempeño laboral.
6. Trabajar sobre el autoestigma de la persona usuaria y por su sentimiento de utilidad como trabajadora y como ciudadana.
7. Incrementar el seguimiento en el momento de la incorporación laboral por ser un momento de alto riesgo de recaída.
8. Ayudar a adecuar los ritmos de avance a personas jóvenes que piden itinerarios más breves, rápidos y normalizados y suelen acabar en fracaso.

5.4.2 Ocio y Tiempo Libre

Como Buenas Prácticas señalamos:

1. Participar en clubs de tiempo libre, no restringidos únicamente a personas con trastornos mentales específicos.
2. Promover y reforzar capacidad de disfrute, amortiguada en ocasiones. Retomar vínculo con familia, responsabilizarse del cuidado de animales (responsabilidad y cercanía como espacio de afecto gratuito...).
3. Tutorías grupales para la Formación específica en manejo del ocio (recursos comunitarios, transportes, economía del ocio, etc).
4. Itinerarios individualizados de ocio y tiempo libre bien en formato grupal o individual y desde sus habilidades e intereses, en coordinación con agentes supervisores externos (familia, pisos de apoyo).
5. Necesidad de adaptación a necesidades y capacidades del colectivo de PD en relación al ocio y tiempo libre. Con acompañamiento en los espacios mixtos de socialización de ocio entre diferentes perfiles.
6. Promover la participación activa en actividades como bancos de tiempo, paciente experto/a,... que aporten valor añadido a la sociedad; y a la persona usuaria una vivencia de utilidad y construcción social de modo diferente al trabajo remunerado.
7. Apoyo con actividades de aprendizaje de ocio, organizando actividades grupales acompañadas por profesionales.
8. Trabajar por promover habilidades para la vida cotidiana en espacios de ocio (por ejemplo hacerse la cama en salidas de fin de semana) desde los intereses de cada persona.
9. Las actividades organizadas desde los recursos deben ser sufragadas en parte por las personas usuarias, conociendo siempre el coste real.



5.5. La coordinación en la red de atención sociosanitaria

La atención a la PATOLOGÍA DUAL requiere de la intervención de recursos sanitarios y sociales, ya sea coincidiendo en el tiempo o consecutivamente, ya que se trata de personas en las que el número de recaídas, de reinicio de tratamientos o de cambio de servicios es muy alto. Por ello, en unos procesos en los que interviene un elevado número de profesionales de distintas entidades, con sus diferentes enfoques, aumentan los riesgos de falta de comunicación y coordinación, duplicidades, solapamientos e interferencias.

En este sentido, las Buenas prácticas pasan por la mejora de las redes de comunicación y coordinación entre servicios, siempre preservando la debida confidencialidad de la persona usuaria.

Las medidas propuestas, además de optimizar resultados y evitar la “puerta rotatoria” o el vacío entre servicios, dan más seguridad al equipo profesional y más eficacia a la intervención. Por su parte, la persona usuaria se siente mejor atendida y acompañada a lo largo de su itinerario, se estabiliza más rápidamente y recibe un tratamiento más adecuado a sus necesidades en el marco de un “continuo asistencial”.

Como Buenas Prácticas para la coordinación entre recursos se señalan:

1. Evitar duplicar intervenciones.
 - Elaboración del plan de intervención de cada entidad en su espacio, con sus objetivos propios, y con una buena coordinación interna.
 - Elaboración de PI de intervención compartida con los servicios que atienden el mismo caso: Esto supone conocimiento entre servicios y profesionales, establecer reuniones de todo tipo (puntuales, periódicas, de gestión de casos, definiendo las funciones de cada profesional) así como coordinación telefónica constante. También implica una actitud de respeto auténtico por el trabajo de otros equipos, evitando luchas de poder y "egos". Y que en caso de discrepancia, nos centremos siempre en los objetivos de la persona usuaria más que en las características/ prestaciones que podemos ofrecer desde cada servicio.
 - Uso de la red normalizada siempre que sea posible.
2. Mejorar las redes de comunicación y coordinación entre los diferentes recursos de atención a la persona usuaria común.
 - Establecer una figura externa de referencia en cada recurso (por ejemplo, el mismo médico/a de atención primaria para todas las personas de un mismo piso), con el objetivo de compartir informaciones y consensuar decisiones de forma ágil. En particular con el/la gestor/a de caso en aquellas situaciones en las que exista.
 - Coordinación con alojamientos o familia para la detección de consumo de tóxicos o alcohol, abandonos de medicación y conductas problemáticas.
 - Mejorar la coordinación con el sistema judicial para que los aspectos legales no contaminen o limiten la intervención.
3. Equilibrio en el manejo de la confidencialidad.
 - Garantizarla sin que sea un obstáculo para la comunicación por excesivo celo.
 - Firma por parte de la persona usuaria del permiso para acceso a la información de otro recurso.

Y en el caso particular de la transición entre recursos se señalan como Buenas Prácticas:

1. Garantizar la continuidad de cuidados.
 - Solapar periodos iniciales y finales de intervenciones.
 - Implantar en cada entidad programas de transición entre recursos, que potencian contactos interprofesionales y facilitan el traspaso de informes entre recursos.
 - La "gestión de caso" debe hacerse desde una figura de referencia cercana y accesible.
 - Hacer "ensayos" que permitan incorporaciones progresivas y supervisadas.
 - Cuando desde la atención a drogodependencias se de el alta tras cumplir objetivos respecto al consumo pero la persona no acepte la derivación a salud mental, organizar ese trabajo posterior y transmitirlo a la persona usuaria y a su familia para que lo asuman (conciencia de enfermedad) en coordinación con recursos de apoyo a la salud mental, y acompañarles durante un período de tiempo mayor.
2. Mantener contacto en los periodos de ingresos hospitalarios a pesar de su posible larga duración.
 - Mantener el vínculo. Definir una persona de contacto.
 - Conocer evolución periódica a través de llamadas telefónicas o visitas periódicas, tanto en su inicio como más adelante en momentos de mayor estabilidad.
 - Preparar la salida: Acordar objetivos de alta y pasos previos a la misma: permisos, pruebas...



5.6. Ejemplos de buenas prácticas

Como inevitablemente a la hora de reflexionar sobre estas cuestiones nos han venido a la mente los problemas, avances y dificultades de personas concretas.

Presentamos algunos casos prácticos como forma más adecuada de ilustrar los diversos aspectos.

Caso 1

Mikel, varón de 31 años. Petición de entrada en Centro de Día de Fundación Gizakia (agosto de 2008) tras ingreso psiquiátrico en Hospital.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES:

- Convive en el domicilio familiar con el padre y con la nueva pareja de éste. Tiene una hermana que le apoya en el tratamiento.
- Condenado por maltrato tras una denuncia por agresión al padre.
- Persona con dificultades cognitivas y con carencia de redes sociales de su edad y falta de actividades de ocupación de ocio y tiempo libre.
- Formación y empleo: Tiene Graduado Escolar y Módulo de Marketing y Comercio. Ha trabajado a través de Empresas de Trabajo Temporal en almacenes.
- Cobra renta de garantía de ingresos.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

- Antecedentes familiares de enfermedad mental.
- Consumidor diario de estimulantes hasta último ingreso
- Varios ingresos psiquiátricos desde 2006 (por clínica depresiva tras fallecer la madre, y por sintomatología psicótica después).
- Tratamiento farmacológico.
- Diagnóstico: Trastorno psicótico inducido por consumo de sustancias y Dependencia de anfetaminas.

EVOLUCIÓN DEL CASO:

Realización del plan individualizado de intervención

- Propuesta de inserción a través de un tratamiento ambulatorio dada la no idoneidad de un proceso en régimen residencial.
- Necesidad de evitar recaídas y reingresos psiquiátricos.
- Necesidad de convivencia en recurso residencial ante dificultades en la relación y en la convivencia familiar.
- Valoración de minusvalía o incapacidad, y adecuación del itinerario formativo laboral a la misma.
- Orientación sobre redes sociales para la ocupación de ocio.

Objetivos psicoeducativos de la persona en el centro de día

- Mantenimiento de la abstinencia.
- Autocuidado: alimentación, aspecto, conciencia de enfermedad importancia de la medicación y constancia en las tomas ...
- Asumir pequeñas responsabilidades (horarios, respetar citas y aceptar límites...)
- Mejorar la comunicación familiar.
- Trabajar la tolerancia a la frustración (tras reiterados fracasos en tratamientos, en pisos de acogida y en la escolarización).
- Propuesta de formación adecuada a las limitaciones marcadas por el perfil: curso de Habilidades Sociales e informática.
- Trabajo sobre la red social y la ocupación del ocio y tiempo libre.

Finalización de la intervención

- Vuelta al tratamiento tras un último ingreso en psiquiatría.
- Revisión de caso y cambio de itinerario:
 - Estructura psicótica preponderante frente al consumo de drogas: Mantiene la abstinencia en el consumo de drogas pero los ingresos psiquiátricos continúan.
 - Prioridad del abordaje de la salud mental: Derivación a Centro de Salud Mental acordada con psiquiatría.
 - Se mantiene la conflictividad en la unidad familiar: necesidad de salir de la misma. Derivación del padre a AVIFES (Asociación Vizcaína de Familiares de Enfermos Psíquicos)
 - Petición de recurso residencial adecuado a la enfermedad mental y no planteado desde una drogodependencia.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

- Dificultades para el uso de los Instrumentos de diagnóstico por enlentecimiento de la persona (bradipsiquia)
- Abordaje grupal: Necesidad de hacer conscientes al resto de las personas de la problemática de la enfermedad mental y las limitaciones de la misma.
- Necesidad de plantear un contrato terapéutico diferenciado clarificando límites y consecuencias de su salto.
- Abordaje formativo-laboral y de ocupación de ocio y tiempo libre: Resistencias en la toma de conciencia de las limitaciones en una persona que no puede trabajar.
- Necesidad de adecuar los recursos residenciales de apoyo al tratamiento para atender estos casos.

BUENAS PRÁCTICAS IMPLEMENTADAS:

- Mantenimiento de una persona de referencia en el tratamiento a lo largo de todo el proceso.
- Coordinación sin duplicidad en las intervenciones: elaboración de plan de intervención compartida con psiquiatría.
- Posibilidad de compartir experiencias y vivencias en un grupo heterogéneo de personas usuarias (drogodependientes con y sin enfermedad mental)
- Realización del diagnóstico en situación de abstinencia, revisado en diferentes momentos y tomándose tiempo para ver más allá de una foto fija.

RESULTADOS OBTENIDOS:

- Mantenimiento de la abstinencia.
- Gran avance del usuario en conciencia de la enfermedad (responsabilización con la medicación, solicitud de incapacidad). En menor medida por parte del padre.
- Avances en asunción de límites, horarios y responsabilidades, así como en habilidades para la vida cotidiana (habilidades sociales básicas, uso de nuevas tecnologías...).

Caso 2

Ángel, varón de 30 años, solicita tratamiento el 26 de Marzo 2008, para abordar sus problemas de consumo de alcohol y cannabis, tras ser dado de alta en media estancia de un Hospital Psiquiátrico.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES:

- Tras dos agresiones hacia su padre, cumple nueve meses de internamiento en prisión y tiene orden de alejamiento de su familia.
- Pensión por minusvalía absoluta (por enfermedad mental), con gestión económica sujeta a una curatela, supervisada por la Diputación Foral de Bizkaia.
- Comparte piso de alquiler con otras dos personas.
- Durante el tratamiento realiza un Ciclo Formativo de Grado Medio en Automoción, y está a la espera de poder realizar otro curso de la misma rama.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

- Consumo de sustancias psicoactivas desde los 16 años (alcohol, cannabis, cocaína y speed).
- Diversos ingresos psiquiátricos en clínicas privadas y hospitales públicos, durante los cuales fue diagnosticado de Psicosis tóxica, Trastorno de la personalidad, Abuso de tóxicos, y, ya en 2008, de Esquizofrenia paranoide.
- Diagnóstico actual: Esquizofrenia paranoide (con alucinaciones auditivas), Abuso de alcohol y Abuso de cannabis.

EVOLUCIÓN DEL CASO:

- Inicia su proceso en Fundación Gizakia con citas individuales.
- Ante la dificultad para contener el alto consumo de cannabis, que le produce efectos adversos, se le propone la incorporación al Centro de Día de Fundación Gizakia, en el que permanece 5 meses. De esta etapa, Ángel valora como importante para él el hecho de tener un punto de referencia, una organización y una estructuración que le hiciera “levantarse de la cama”, además de la relación con el resto de compañeros/as.
- Intervención individual psicosocial y socioeducativa, y seguimiento farmacológico con su Psiquiatra de la red pública, con quien mantenemos coordinación periódica.
- Ha necesitado de mucha atención, ha ido haciendo las cosas a un ritmo más lento, necesitando ser supervisado en todas las decisiones.
- Ángel reitera que “mi familia no me acepta y no entiende que yo sea un enfermo”. No nos ha sido posible (tampoco al psiquiatra) contactar con sus padres, aunque se les ha ofrecido entrevistarnos en momentos distintos al hijo para respetar la orden de alejamiento.

- Muchas dificultades en las relaciones sociales, por lo que se le orienta hacia los grupos de tiempo libre de Avifes (Asociación Vizcaína de Familiares de Enfermos Psíquicos), lo que finalmente hace, manteniendo la relación con su grupo y participando de las diferentes actividades.
- Ante la positiva evolución, se le plantea en dos ocasiones el alta del tratamiento en Gizakia, manteniendo las citas con su psiquiatra (con quien mantiene una buena relación).
- En ambas ocasiones ha estado en desacuerdo. Argumenta su necesidad de sentirse vinculado, y que esto le ayuda a mantenerse sin consumir: “El venir me ayuda a recordar que me he drogado y me da estabilidad”.
- En la segunda ocasión, aunque empieza a poder contemplar la posibilidad del alta, un mes más tarde comunica un consumo de speed durante una noche en un espacio lúdico, por lo que viene asustado, ante lo cual se paraliza el proceso de alta para acompañarle en el análisis del consumo.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

- Relaciones sociales.
- Autocuidado (higiene, alimentación, etc.)
- Aceptación de la renuncia al consumo.
- Aceptación de la enfermedad.
- Cumplimiento de la orden de alejamiento familiar.

BUENAS PRÁCTICAS IMPLEMENTADAS:

- Trabajo sobre la conciencia de enfermedad.
- La presencia de dos figuras profesionales de referencia estables durante todo su proceso ha permitido la creación de un vínculo importante para la persona usuaria, que no lo tiene actualmente en su familia, y que va construyendo muy lentamente en otros espacios de socialización.
- Coordinación entre recursos, contraste frecuente con su psiquiatra durante todo el proceso, y posterior incorporación a los grupos de Ocio y Tiempo Libre de Avifes, lo que ha permitido una favorable evolución de la problemática inicial.
- En cuanto a la transición entre recursos, no ha sido posible la derivación a Salud Mental, por lo que optaremos por mantener el acompañamiento actual durante un período de tiempo superior, lo que implica una Oferta de itinerario a largo plazo y un acompañamiento en la finalización del mismo.

RESULTADOS OBTENIDOS:

- Aceptación de la patología, y su responsabilización (citas médicas, toma de la medicación).
- Avance en autonomía, autocuidado y autogestión económica, con apoyo del equipo educativo.
- Incorporación a actividades lúdicas grupo Avifes, actividades de Bilbao Gauda.
- Ha retomado los estudios.

Javier, varón de 37 años. Se incorpora a la Comunidad Terapéutica de Fundación Gizakia en febrero de 2011 proveniente del centro penitenciario de Basauri.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

- En tratamiento en su Centro de Salud Mental desde 1992 por juego patológico, consumo abusivo de alcohol y cocaína, así como un trastorno límite de la personalidad.
- Evolución a lo largo de los años muy irregular, con frecuentes recaídas, tanto en consumos como en juego. Inestabilidad anímica, con marcadas oscilaciones en función de circunstancias del entorno, intolerancia a la frustración y grave descontrol de impulsos.
- Productividad psicótica de probable origen toxicológico (aunque hay constancia de una descompensación psicótica de dudoso origen tóxico).
- En los últimos años los periodos de descompensación psicopatológica o a causa de los consumos, han sido cada vez más frecuentes y prolongados, con el deterioro global que ello conlleva.
- En periodos de consumo de cocaína, en muy elevadas cantidades, riesgo de heteroagresividad o autoagresividad muy alto.
- Ingresado en varias ocasiones en diferentes servicios hospitalarios y comunidades terapéuticas.
- Graves problemas de violencia dentro de su entorno familiar, que motivan su entrada en el Centro Penitenciario de Basauri, en el que permanece ingresado en la enfermería del C.P. recibiendo tratamiento psicofarmacológico continuado. con evolución positiva habiéndose reducido los niveles de ansiedad y desapareciendo la sintomatología psicótica.

EVOLUCIÓN DEL CASO:

Diagnóstico al ingreso en la comunidad terapéutica:

- Trastorno límite de la personalidad.
- Trastorno psicótico no especificado.
- Dependencia de cocaína.
- Abuso de alcohol.
- Juego patológico.

Situación al ingreso:

Ingresó en la comunidad terapéutica a petición propia y del Centro Penitenciario de Basauri, con esta situación:

- En cumplimiento de pena privativa de libertad hasta junio de 2013.
- Diagnóstico psiquiátrico severo con una evolución de deterioro global.
- Orden de alejamiento de sus padres.
- Problemática económica y social severa.
- Necesidad de una estabilización de la sintomatología psiquiátrica.
- Necesidad de mantener una abstinencia a tóxicos que permita la puesta en marcha de recursos personales para su inserción.

Propuesta de itinerario:

La persona se incorpora en el Programa de Patología Dual de la Comunidad Terapéutica, con estos objetivos:

- Estabilizar la sintomatología psiquiátrica debido a la conjunción del trastorno psiquiátrico junto con el consumo de cocaína.
- Confirmación de diagnóstico psiquiátrico en situación de abstinencia.
- Plan de Intervención individualizado, que incluye Tratamiento integral farmacológico, psicoterapéutico y psicoeducativo.
- Coordinación con los recursos de la red sociosanitaria y comunitaria que permitan la puesta en marcha de un itinerario de inserción que asegure la continuidad de cuidados al alta: Recursos de tratamiento, de alojamiento, de inserción socio laboral, de ocio y tiempo libre, etc.
- Durante su estancia en C.T. también ha sido precisa la coordinación con el Hospital, porque al iniciar las salidas con el objetivo de aumentar la red social se produce un ingreso tras una recaída que agudiza la sintomatología psiquiátrica, con ideación autolítica.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

- Dificil ajuste del tratamiento psicofarmacológico para la estabilización de la sintomatología, y por las resistencias a la toma de medicación por parte del usuario.
- Trabajo de coordinación interna muy intenso, que exige una constante integración del trabajo desarrollado por cada una de las personas del equipo profesional.
- Gran frecuencia de atención requerida por el usuario dentro del recurso, que supone un desgaste del personal que trabaja en el tratamiento.
- Proceso largo y costoso para la propia persona y para el equipo de tratamiento.

BUENAS PRÁCTICAS IMPLEMENTADAS:

- Una permanente coordinación entre todas las entidades, con la participación activa del propio usuario.
- La individualización y flexibilización constante del trabajo en un entorno de trabajo grupal, en un mismo recurso de tratamiento, sin perder de vista las características individuales de la persona en tratamiento. Una concepción grupal del espacio en comunidad terapéutica que permite vínculos y transferencias con otras personas usuarias que favorecen procesos de vinculación y aprendizaje entre iguales.
- Diversificar la intervención. Disponer de intervenciones psicoeducativas que amplíen conocimientos y competencias.

RESULTADOS OBTENIDOS:

- Estabilización de la sintomatología psiquiátrica y de consumo, consiguiendo el tiempo de abstinencia más largo desde el inicio del consumo. Ha sido posible gracias al trabajo sobre la toma de conciencia sobre su patología, su sintomatología psiquiátrica y sobre la constancia en la toma de medicación, abordando sus resistencias en este aspecto.
- Análisis de vivencias de la persona respecto a su historia familiar, favoreciendo el análisis de la violencia dentro de la misma, así como de su rol familiar. Intervención realizada además en coordinación con las figuras paternas.

- Importantes avances en:
 - Autonomía personal y habilidades para la vida cotidiana, con progresiva responsabilización de las tareas domésticas.
 - Mejora sustancial en habilidades sociales: resolución de conflictos, tolerancia a la frustración, comunicación, etc.
 - Mejora en el autocuidado personal, higiene, hábitos de sueño y alimentación.
 - Mejora en la autogestión económica: control del gasto, previsión, toma de conciencia de la organización económica.
- Incorporación a actividades lúdicas y conexión con su red social.
- Incorporación a una acción formativa de Inserción Socio Laboral acorde a los deseos de la persona usuaria (curso de “Auxiliar de Jardines y Viveros”)
- De cara al exterior han sido importantes los procesos de coordinación con otras instituciones intervinientes en el proceso, como es el caso de:
 - Centro Penitenciario de Basauri
 - Hospital (en el momento del ingreso)
 - Trabajadora del Servicio Social de Base
 - Unidad de valoración Bidaltzen tras solicitud de piso de reinserción
 - El propio piso de reinserción asignado
 - Además de todos los/as profesionales de Fundación Gizakia intervinientes (profesionales de la psiquiatría, psicología, educación social, profesorado, trabajo social, enfermería, orientación laboral...).

Caso 4

Usuario de 22 años, nacido en 1989, que llega al recurso de pisos tutelados de Argia con 19, derivado desde recursos residenciales del Departamento de Infancia de Acción Social de Diputación. Su diagnóstico es trastorno borderline de la personalidad y abuso de tóxicos. Motivo de la derivación es la finalización de la posibilidad de prolongar la estancia en un recurso residencial de menores, dada su edad. Se hace indicación de mantener un recurso residencial de apoyo, dada su patología psiquiátrica.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

Padres separados en 1999, siendo él el mayor de dos hermanos. Reside con la madre hasta los 13 años. El padre vive en otra autonomía. En ese momento se inician problemas de conducta con la madre, quien presenta en ese periodo un cuadro psicótico y es ingresada. Los hijos pasan al cuidado de la abuela materna. Dado la situación de la unidad familiar JB pasa al cuidado de Departamento de Menores. El hermano menor se mantiene en el domicilio materno y no se detectan problemas en su crianza, por lo que a pesar de las recaídas de la madre no pasa a cuidado institucional.

El paciente realiza un recorrido por cuatro recursos residenciales diferentes. La información desde el último recurso es de participación en las actividades de manera adecuada, respeto al funcionamiento siempre que se mantiene abstinentes. Su rendimiento académico ha sido muy bajo. Participa en algún curso de iniciación profesional que no finaliza.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

El paciente presenta conductas de consumos en los pisos convivenciales del departamento de infancia. Se detectan fugas de los pisos que duran varios días, siendo su funcionamiento adecuado en periodos de no consumos, pero en recaídas ocurren confrontaciones, conflictos con educadores, y diversas ideas de tono delirante persecutorio. Los consumos son de éxtasis, anfetaminas y cannabis. No se dan conductas de venopunción, ni sobredosis. No acude a centro de toxicomanías. Su primer contacto psiquiátrico se da por ingreso en el hospital de Zamudio, permanece dos semanas y se diagnostica trastorno borderline y abuso de tóxicos.

EVOLUCIÓN:

La incorporación al servicio de pisos de Argia se da en medio de “vacío asistencial”. Pasa de atención desde un recurso social a otro sociosanitario, siendo un perfil no de TMG de larga evolución, al que responde desde Argia. Se produce un desajuste entre expectativas del usuario y del recurso de manera inmediata y se requiere de un ingreso psiquiátrico.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

- **Edad del usuario:** 19 años, habiendo convivido en recurso de menores un largo periodo y con conflictos de consumos recurrentes.
- **Situación sociofamiliar:** Padres separados, madre con enfermedad mental grave que no puede asumir conductas del usuario.
- **Motivos de la derivación:** Más asociada a la ausencia de alojamiento que al de idoneidad asistencial.
- **Características que ofrece el recurso de pisos tutelados:** No presencia de educadores las 24 horas, lo que supone una menor supervisión que la previa.
- **Desconocimiento de la intensidad de los consumos y problemática dual:** No especificada en los informes que dispone el recurso que asume el caso.

BUENAS PRÁCTICAS IMPLEMENTADAS:

- **Ingreso programado:** El usuario al mes de su entrada tuvo que ser ingresado de manera forzosa, ya que los consumos eran diarios. Durante días desaparece del recurso sin dar señales de vida, se muestra agresivo tanto verbalmente como físicamente, con compañeros como con el equipo de educadores. Trasladado a urgencias del hospital se acuerda un ingreso de valoración e instauración de tratamiento.
- **Visitas y coordinación con psiquiatra del Hospital:** Se puede gestionar un periodo de valoración diagnóstica que permite identificar un cuadro esquizofrénico. Se inicia tratamiento farmacológico que requiere de diversos cambios en el mismo por persistencia de los síntomas.

- **Pruebas de adaptación a la recursos comunitarios antes del alta médica y reincorporación al recurso de pisos tutelados.**
- **Supervisión total de la medicación:** Se ha evitado el abandono del tratamiento farmacológico ofreciendo control de tomas en piso y hospital de día. Se organiza la medicación de manera que gestionan las tomas en fin de semana garantizándose un mínimo de cumplimiento.
- **Supervisión y control del dinero junto con trabajo social:** Coordinación de la gestión económica entre trabajo social del hospital de día y los pisos. Se ha reconducido su situación económica ya que estaba endeudado, se ha generado ahorro para compra de necesidades básicas. Y se ha evitado mayor liquidez para consumo de tóxicos.
- **Refuerzos positivos ante evolución positiva:** Compra de ropa, peluquería, móvil, etc., acordados como refuerzo al cumplimiento de su programa evidenciado por registros del hospital de día.
- **Control de asistencia al hospital de día:** Seguimiento cercano de la asistencia y participación con registros horarios de las mismas. Informando a los pisos de cambios identificados.
- **Coordinación con la unidad de psicología del HD en lo que se refiere a los permisos familiares:** Exponiendo solidez y coordinación al usuario, por parte de los responsables de caso. Mejorando la gestión de los espacios de encuentro con la familia, a la vez que se reducen los momentos de angustia a la propia madre.
- **Coordinación diaria con las diferentes responsables de caso:** Lo que supone un mejor conocimiento del caso.

Caso 5

Varón soltero 37 años, nacido en 1972, reside con su madre viuda. Menor de tres hermanos. Ingresado en el Hospital de Zamudio (unidad de agudos) en ocho ocasiones y con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y abuso de sustancias. En 2008 es derivado al recurso de hospital de día tras ingreso por recaída en hábitos de consumos y descompensación psicótica. Ingresado en Zamudio desde comienzo de Enero 08, por descompensación, realizando ingreso voluntario, no relacionado con el consumo de tóxicos.

Reconoce tendencia a desordenarse, no es capaz de manejarse sin tener nada que hacer. Ha pasado el último año con un ingreso en Zamudio de cinco meses y posteriormente ingresado en una comunidad terapéutica de tratamiento de toxicomanías en Barcelona ocho meses hasta verano 2007. Retorna a su casa pero aunque no consume se ve desbordado por la situación delirante, presencia de ideas referenciales en matrículas, quejas de voces que le molestan y le critican, muy preocupado con ETA,... Esta situación le ha llevado a ingresar.

Desde este ingreso se encuentra mejor por cambio de medicación, “la voz se ha apagado”. Ha dejado su vida anterior, no usa coche, la madre le administra dinero, no sale con antiguos amigos, no trasnocha,..

Autónomo en el uso de transportes. Sin ninguna tarea o responsabilidad en la casa. No practica ninguna actividad ocupacional. Reconoce gran mejoría en la situación con la madre desde que no consume hace 18 meses.

Interesado en incorporarse al HD mostrando preferencia por actividades de movilización.

En el caso se identificaba preservado su funcionamiento social e interpersonal, capacidades cognitivas, buenas habilidades sociales, gran interés por actividad física: corre y disfruta del fútbol. Dispone de dinero suficiente para participar en actividades que requieren de desembolso económico. Mantiene apoyo de la red familiar. Identifica su insatisfacción con las consecuencias de las descompensaciones.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES:

Padre fallece en 2004 de manera repentina. La madre vive en la casa familiar. Tiene una hermana menor casada y con hijos, con la que tiene poca relación.

Niega antecedentes familiares de enfermedad mental.

Sin antecedentes reseñables en la infancia. Cursa estudios universitarios medios como técnico en relaciones laborales. No trabaja de ello y ha tenido empleos breves en supermercado y como dueño de un bar con apoyo de la familia. Se encuentra en situación de incapacidad laboral.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS.

Consumos de THC desde 15 años, cocaína desde 18. Diagnosticado de abuso de tóxicos en tratamientos diversos que han enmascarado su enfermedad psicótica. Niega consumos intravenosos. Abstinente desde mediados de 2006.

Inicio de la enfermedad con 20 años.

Primer ingreso en 2001 por oír voces, alucinaciones visuales, recibe diagnóstico de esquizofrenia.

Presentaciones de gran desorden conductual, consumos de tóxicos, muy referencial con temas políticos, pintadas en la calle sobre él y matrículas que le mandan mensajes.

Total de diez ingresos. A mediados de 2006 pasa cinco meses en Zamudio y al alta pasa a una comunidad terapéutica. Tratamientos previos con haloperidol, quetiapina, con cumplimentación y frecuentes abandonos. Realiza un intento autolítico en 2004 tras fallecimiento del padre". Las voces me ponen al límite". Propone uso de controles de tóxicos en orina para mantener abstinencia.

EVOLUCIÓN DEL CASO:

Tras su incorporación al recurso se detectan grandes dificultades para permanecer en actividades del programa estándar. Es una persona con baja conciencia de enfermedad que se percibe más capaz que los compañeros y en el entorno normalizado, con vida nocturna, consumos de alcohol y tóxicos son sus expectativas de participación social. Se producen gastos económicos importantes, compras de motos, planes de compras de viviendas y de inicio de negocios. Parte complicado por su cuadro delirante.

Dispone de recursos económicos personales, disfruta de conducción de vehículos a pesar de repetidos accidentes y los límites impuestos desde el entorno familiar no son respetados siendo en ocasiones su conducta en el entorno familiar amenazadora y agresiva hacia la madre.

Su cuadro psiquiátrico permanece activo con ideación delirante activa, de carácter persecutorio que tiene claramente influencia por el consumo de tóxicos. Estas vivencias producen afectación de su ánimo y se detectan frecuentemente ideaciones suicidas sin actuaciones.

La vinculación al recurso es muy baja aceptando únicamente la participación en consultas psiquiátricas y de psicología. Evita toda actividad de participación con el resto del colectivo. Persiste en sus hábitos de consumos que precipitan repuntes de su sintomatología paranoide y de la ideación autolítica. Durante los seis meses siguientes se mantiene la dinámica y finalmente se produce un ingreso hospitalario en el marco de un periodo prolongado de consumos y conflictos con la madre.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS.

- Dificultad de vincularse a recursos de atención en la comunidad.
- Baja consciencia de problemática por consumos y enfermedad mental. La problemática psicótica le genera un nivel de angustia que le lleva al uso de tóxicos como modo de automedicación.
- Alto riesgo de conductas autolíticas graves. La gravedad de las ideas intrusivas de desesperanza por el curso de su vida le llevan a frecuentes planes de muerte.
- Espacio de socialización centrado en colectivo de consumidores de tóxicos. Sus parejas provienen de espacios de consumo. No teniendo acceso a contactos sociales en otros ámbitos.
- Negativa a participar en actividades con otros usuarios. El estigma que vive asociado a la enfermedad le lleva a evitar ser identificado como enfermo.
- Incumplimientos frecuentes en la toma de tratamiento farmacológico.

BUENAS PRÁCTICAS IMPLEMENTADAS.

- Ofrecerle flexibilidad de participación: inicialmente acude solamente a consultas médicas y con psicóloga. Posteriormente se le ofrece participar en actividades deportivas del centro: campeonato de fútbol, entrenamientos, ratos de frontón en los descansos,...
- Explorar sus intereses y definir con él un plan participación social. La disponibilidad durante un periodo de equipo que le acompañaba a explorar recursos comunitarios del entorno favorece el acercamiento a ocio saludable.
- Se define un plan de actividades físicas a realizar semanalmente. Unas de carácter individual y otras en grupo.
- Explora la participación en actividades de ocio con la familia: fines de semana en el campo, identificado como espacio libre de tóxicos.
- Se identifican personas en el centro que son de su edad y con intereses parecidos planificando momentos de actividad conjunta: café antes de entrar al centro a la mañana, comidas juntos ocasionalmente, excursiones de fin de semana.

RESULTADOS OBTENIDOS.

- Mayor vinculación al centro y participación en actividades del mismo.
- Ha establecido estrecha relación con otro usuario y diariamente mantienen actividades juntos.
- Participa en colonias de verano y fines de semana del club tiempo libre.
- Organiza con la madre fines de semana en el campo, habiendo invitado a su pareja, amigo,...
- Ha aumentado la satisfacción con su proyecto vital. Aunque ha requerido de un ingreso el año pasado, no se ha producido conflicto con el entorno y ha gestionado la petición de apoyo personalmente.
- Se han reducido de forma importante los consumos y persiste la actividad de la enfermedad psicótica de base.
- Se han deshecho de su vehículo dentro de la identificación de riesgos. Habiendo aceptado otros modos de transporte para gestionar sus viajes.

Conclusiones

6

- Quizás la primera a destacar ha sido el **grado de enriquecimiento mutuo** de los y las profesionales que hemos participado en cada una de los grupos de trabajo. El intercambio de las numerosas experiencias y de las distintas sensibilidades de personas y entidades con trayectorias muy variadas: de la red pública y de la concertada, de organizaciones ligadas históricamente a la atención a la enfermedad mental o a la drogodependencia, y provenientes de todo el País Vasco, ha tenido un enorme valor añadido que esperamos que esta publicación sea capaz de transmitir.
- Dicho lo cual, llama la atención el **gran nivel de acuerdo** respecto a la problemática descrita. Tanto en cuanto a su creciente alcance, y a la reiterada referencia a la **Patología Dual como una entidad propia**, con características específicas a la hora de su abordaje que se convierte muchas veces en un factor crítico en cada una de las áreas en las que hemos dividido las dificultades y las buenas prácticas. Como en cuanto a que entre las y los profesionales participantes se respira el convencimiento de que **gran parte de las dificultades de las personas con patología dual pueden abordarse desde la disponibilidad, la flexibilidad, la innovación y la capacidad de adaptación de los recursos actuales**, mientras no contemos con unidades específicas para el abordaje de dicha patología.
- Sin embargo, **no puede decirse lo mismo en cuanto a la responsabilidad que les corresponde a las distintas Administraciones Públicas**. Y no sólo por la limitación de recursos fruto de la coyuntural crisis económica, sino porque persiste la indefinición y, por tanto, el que **nadie se haga cargo de verdad de una atención sociosanitaria verdaderamente articulada**, clarísima necesidad de este colectivo. Ejemplos de lo anterior es que la Ley de Servicios Sociales, aprobada en 2008, sigue sin desarrollarse por lo que su cartera de servicios permanece tres años más tarde sin clarificar, definir competencias, etc. Otra muestra sería que el “Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco (2005-2008)” citara entre los “grupos de personas tributarias de recibir atención sociosanitaria” a las personas con toxicomanías, mientras que entre la “Población susceptible de atención sociosanitaria” del “Documento Marco para la elaboración de las Directrices de la Atención Sociosanitaria en la CAPV” de Diciembre de 2010 han desaparecido...
- En este contexto, cada Administración fija unos estándares defensivos de acceso a “sus” recursos para no pagar “lo que no es mío”. **Urge superar esta situación de bloqueo y compartimentos estanco** si queremos estar en condiciones de dar respuesta a una problemática creciente, por la magnitud que va alcanzando y porque es lo justo para la dignidad de estas personas. Un ejemplo muy concreto sería la doble red de recursos residenciales para personas con drogodependencia o con enfermedad mental. Resulta imprescindible o bien contar con una red de recursos residenciales adaptada para personas con patología dual, a la que poder derivar directamente esos casos y minimizar tiempos de espera. O bien flexibilizar el acceso y la coordinación entre las dos redes existentes para romper esos compartimentos totalmente aislados en la actualidad.

MOMENTO DE ANALISIS: PLANTEAMIENTO GENERAL SOBRE ABORDAJE DE LA ALIANZA TERAPEÚTICA CON PERSONAS QUE SUFREN PATOLOGIA DUAL

PERSONAS QUE SUFREN PATOLOGIA DUAL

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO		COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y/O PROBLEMAS	<p>La persona tiende a identificarse exclusivamente con uno de los roles: “drogodependiente” o “enfermo/a mental”.</p> <p>Estigma social.</p>	<p>Avanzar en la conciencia de las limitaciones y necesidades en su vida como un itinerario, siendo la conciencia de enfermedad completa el final del mismo.</p>	<p>Trabajar por la conciencia de enfermedad o de problemas y necesidades a afrontar en cada momento.</p> <p>Trabajar sobre el autoestigma de la propia persona y las limitaciones que su situación suponen frente a su idea de calidad de vida.</p>	<p>Identificadas áreas de actividad e intervención a realizar.</p>	<p>Las personas comprenden la amplitud del fenómeno de la PD y son capaces de verse en ambos polos (salud mental y drogodependencia).</p> <p>Las personas afrontan necesidades y problemas identificados conjuntamente.</p>	<p>La persona cuenta con una perspectiva de su situación más ajustada a la realidad.</p> <p>El equipo puede trabajar mejor desde la complejidad del fenómeno en su globalidad.</p>
VOLUNTARIEDAD	<p>La voluntariedad es complicada en función del momento personal y la motivación, que puede ser baja.</p> <p>Casos que no quieren más avances o cambios y plantean mantener su funcionamiento.</p> <p>Personas con fracasos repetidos o recaídas no ven la necesidad de continuidad.</p>	<p>Establecer la alianza desde la prioridad de atención a las necesidades de la persona.</p>	<p>En ocasiones hay que “forzar” el tratamiento, en riesgo grave de la persona o su entorno y en caso de riesgo mantenido.</p> <p>Rescatar el mensaje de que el tratamiento a veces es la opción “menos mala”.</p> <p>Trabajar la motivación para el cambio (Modelos de Prochaska y Diclemente como posible referencia).</p> <p>Cuando la implicación es baja, trabajar al menos por frenar el deterioro de la persona.</p>	<p>Persona participa activamente en un plan compartido e identificado.</p>	<p>Cumplimiento del tratamiento, aunque sea por indicación externa.</p> <p>Aumento de la motivación.</p> <p>Reducción del deterioro de la persona.</p>	<p>La persona recibe atención y con ello llegan a evitarse alternativas que pueden ser fatales (incluso la muerte).</p> <p>El equipo trabaja más fácilmente cuando la motivación aumenta.</p>

PERSONAS QUE SUFREN PATOLOGIA DUAL

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO		COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
AUTONOMÍA Y PARTICIPACIÓN	<p>Asumen pocas responsabilidades, por sobreprotección o por carecer de habilidades.</p> <p>Su patrón de comportamiento es menos permeable al cambio. Los cambios necesitan más tiempo y son más difíciles de conseguir.</p> <p>En el caso de incapacidad legal, puede implicar una vivencia de pérdida de derechos.</p>	<p>Participación vinculada a responsabilizarse de su funcionamiento en lo individual y en lo grupal.</p>	<p>Promover la participación y la asunción progresiva de responsabilidades en función de las capacidades potenciales.</p> <p>Ofrecer tareas relacionadas con “reparación o devolución” tanto en lo personal como en lo más colectivo o social cuando haya habido daño.</p> <p>Favorecer sus competencias y ponerlas a disposición del colectivo en tareas como “hermano mayor”, “instructor de habilidades”, responsabilidades...</p>	<p>Persona identifica parcelas de su funcionamiento de las que asume responsabilidad.</p>	<p>Las personas disponen de nuevas herramientas para afrontar de manera activa su vida.</p> <p>Protección de personas tuteladas frente al daño de terceras personas o de sí mismas. Con ello pueden tener un mejor desarrollo personal.</p>	<p>Las personas son más autónomas. Esto aumenta la satisfacción y puede facilitar también el proceso hacia la salida del recurso o la normalización de su vida.</p> <p>El equipo cuenta con una mayor implicación en el proceso por parte de la persona.</p>
	<p>Entender incapacitación legal como protección frente al abuso y final de un itinerario de intervenciones que permitan elaborar el proceso.</p> <p>Realizar una adecuada coordinación con el tutor/a designado, y apoyar a la persona en el proceso de incapacidad para conocer aspectos protectores y beneficiosos de tal medida.</p>		<p>Entender incapacitación legal como protección frente al abuso y final de un itinerario de intervenciones que permitan elaborar el proceso.</p> <p>Realizar una adecuada coordinación con el tutor/a designado, y apoyar a la persona en el proceso de incapacidad para conocer aspectos protectores y beneficiosos de tal medida.</p>			

PERSONAS QUE SUFREN PATOLOGIA DUAL

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO		COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA	
45	<p>DESAJUSTES ASOCIADOS AL CONSUMO</p>	<p>Beneficios del consumo sobre parte de la sintomatología psiquiátrica (apatía, anhedonia... pueden mejorar momentáneamente) .</p> <p>Los consumos interactúan con la medicación.</p> <p>Gran variabilidad de efectos con patrones de consumo similares.</p> <p>Incremento de patología multiorgánica de diversa gravedad, con reducción de salud.</p>	<p>Afrontar el consumo y la recaída desde modelo de abstinencia parcial y reducción de daños.</p>	<p>Disponer de un tratamiento farmacológico integrado que sea eficaz en el trastorno psiquiátrico y controle sus efectos secundarios, que disminuya el ansia de consumir, que valore las interacciones con las drogas de abuso...</p>	<p>Respondemos a las personas que mantienen consumos desde nuevos modelos.</p>	<p>La persona conoce los efectos e implicaciones del consumo.</p> <p>Se frena el deterioro general de la salud y mejora la calidad de vida.</p> <p>Se reduce el riesgo de recaída.</p>	<p>La persona recibe una atención integral que atiende a su estado de salud y contiene la problemática de consumo.</p> <p>El equipo trabaja con menor dificultad reduciendo los obstáculos y desajustes asociados al consumo.</p>
				<p>Supervisar y asegurar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.</p> <p>Intervenciones psicoeducativas sobre salud, riesgos y daños en ambos polos de la PD: consumos y salud mental.</p> <p>Trabajar por la mejoría de la calidad de vida de la persona (Programa de mejoría de la calidad de vida y reducción del daño del TMG, Modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo (MCV). Se pueden considerar las necesidades para mejorar la CV desde la persona usuaria, entorno y profesionales. La identificación, negociación de las intervenciones que supongan respuesta a necesidades diversas son herramienta de mejora de alianza y CV.</p>			

PERSONAS QUE SUFREN PATOLOGIA DUAL

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS	RESULTADO ESPERADO	COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
PERSONAS JÓVENES	<p>Dificultades para integrarse en el grupo.</p> <p>Sus familias se comprometen menos.</p>	<p>Programas de intervención precoz centrados en las personas jóvenes.</p> <p>Las personas jóvenes requieren de intensa intervención familiar. Favorecer la participación potenciando sus competencias y mostrando sus capacidades, como cuidar a otros, enseñar habilidades...</p> <p>Delimitar de espacios específicos para personas jóvenes (especialmente en lo residencial, ofreciendo estabilidad y continuidad).</p>	<p>Mejor adherencia al tratamiento y satisfacción con el mismo.</p>	<p>Las personas reciben una atención específica en función de características personales como su rango de edad.</p>
MUJERES	<p>Problemática enmascarada que se hace visible cuando está ya avanzada.</p>	<p>Trabajar por una detección y una intervención precoz sobre la problemática de las mujeres (por ejemplo, acciones de captación o intervenciones a domicilio).</p> <p>Tener en cuenta la perspectiva de género en las intervenciones y plantear acciones específicas para mujeres, cuidar y atender aspectos de maternaje, alimentación, pérdidas de hijos, sexualidad y riesgos, prostitución, la imagen, la violencia machista, otras culturas...</p>	<p>Problemática de las mujeres visible para el equipo y considerada desde un enfoque de perspectiva de género.</p> <p>Ganamos prontitud en establecer una intervención adecuada y específica.</p>	<p>Las personas reciben una atención que tiene en cuenta la perspectiva de género.</p> <p>El equipo trabaja con herramientas específicas que pueden mejorar su capacidad de intervención.</p>

PROBLEMAS RELATIVOS A LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO		COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
DIFICULTADES RESPECTO A PARTICIPAR EN EL PROGRAMA	<p>No colaboran/ participan (porque no quieren, no pueden o porque no están).</p> <p>Pueden llegar a boicotear la intervención.</p>	<p>Ajustar intervenciones a su compromiso y disponibilidad, rescatar aspectos saludables del funcionamiento y de la relación aun en los casos más conflictivos</p>	<p>Apoyo específico a la familia (individual y/o grupal): apoyo y psicoeducación en pautas de actuación.</p> <p>Mantener un trabajo continuado, con contactos y comunicaciones sistematizadas cada cierto tiempo, desde el principio, no sólo por conflictos.</p>	<p>La familia se implica en el tratamiento.</p>		
DIFICULTADES EN LA RELACION CON LAS PERSONAS QUE SUFREN PD	<p>Quieren disfrutar de la persona y a veces no se enfrentan al conflicto o no respetan los límites de la intervención.</p> <p>Dualidad en el trato a la persona (de sobreprotección a rechazo...).</p> <p>Las familias en ocasiones rechazan a la persona con PD y a veces es la persona la que no quiere que su familia participe.</p>	<p>Promover la colaboración y la vivencia de ser una familia competente (potenciar los aspectos sanos de los vínculos).</p>	<p>Acompañar en los cambios en la familia que las intervenciones provocan.</p> <p>No realizar prescripciones sino acuerdos. Ajuste del rol del profesional sin implicar superioridad.</p> <p>Trabajar desde una perspectiva sistémica y transmitir la perspectiva a largo plazo del problema.</p> <p>Respetar la opinión de la persona usuaria sobre la participación o no de su familia en la intervención.</p>	<p>La relación familiar mejora</p>	<p>La familia comprende mejor la problemática y sus implicaciones.</p> <p>La familia mejora la comunicación y satisfacción.</p> <p>La familia es más competente y desarrolla nuevas habilidades.</p> <p>La familia encuentra apoyo en el equipo profesional y viceversa.</p>	<p>La familia se siente acompañada y apoyada.</p> <p>El equipo cuenta también con más apoyos.</p>

PROBLEMAS RELATIVOS AL DIAGNÓSTICO DE LA PD, CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN EN LOS RECURSOS, Y EL PROTOCOLO DE ENTRADA EN LOS MISMOS

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO		COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
DIAGNÓSTICO	<p>Dificultades en la propia definición del término PD.</p> <p>Las personas pueden llegar sin diagnóstico (de salud mental y/o consumo).</p> <p>Dificultades para diferenciar síntomas (por sustancias o por patología psiquiátrica).</p> <p>Diagnósticos previos pueden estar influidos por el consumo y necesitan perfilarse mejor en abstinencia.</p> <p>Conocimiento poco preciso de las habilidades, deficits y necesidades de la persona.</p> <p>Multiproblemática y variables de exclusión social añadidas (económicas, judiciales...).</p>	<p>Entender la PD como un fenómeno con entidad propia, desde una perspectiva biopsicosocial.</p>	<p>Identificar factores clave de recaída o crisis. Estabilizar la sintomatología aguda.</p> <p>Protocolizar controles de tóxicos.</p> <p>Realizar el diagnóstico en situación de abstinencia, revisado en diferentes momentos y tomándose tiempo para ver más allá de una foto fija.</p> <p>Valorar la funcionalidad de la persona.</p> <p>Realizar un diagnóstico multiárea y multidisciplinar que recoja las capacidades y necesidades de la persona a diferentes niveles.</p> <p>Utilizar escalas específicas de valoración multiárea (Escala como EuropASI, PSP, Honos, SCIP, test Cloninger de temperamento y carácter, Millon, GAF, Weiss 3, MPPI 2...).</p>	<p>Contamos con un diagnóstico dual.</p>	<p>Evitamos efectos no deseados por diagnóstico erróneo y ganamos prontitud en establecer una intervención adecuada.</p> <p>Conocimiento actualizado del consumo antes de la incorporación de la persona.</p> <p>Contamos con un diagnóstico multiárea que permite la previsión de las prestaciones y recursos que serán necesarios (ayudas sociales, valoración de minusvalías/ dependencia...).</p>	<p>El equipo cuenta, desde el principio, con la información adecuada para atender el caso.</p> <p>La persona recibe una valoración global que atenderá a sus necesidades de manera integral.</p>

PROBLEMAS RELATIVOS AL DIAGNÓSTICO DE LA PD, CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN EN LOS RECURSOS, Y EL PROTOCOLO DE ENTRADA EN LOS MISMOS

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO		COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN	Límites tradicionales en los recursos de atención, bien en relación al consumo activo problemático, o la patología mental severa descompensada.	Entender la PD como un factor crítico que requiere medidas específicas.	Determinar qué perfiles puede atender cada recurso y cuáles no, con flexibilidad y con capacidad de innovación y adaptación.	Se da un ajuste entre las necesidades de las personas y lo que ofrece el servicio	Mejora la idoneidad de las personas candidatas a los recursos.	La persona recibe una atención ajustada a sus necesidades.
	Personas con mayor deterioro a todos los niveles.		Definir nuestros recursos (el servicio que prestamos) y comunicarlo claramente a los centros derivantes.		Los derivantes pueden colaborar con nosotros facilitándonos información suficiente y adecuada sobre los casos	
			Atender a la globalidad de la persona en un mismo recurso integrado.			

PROBLEMAS RELATIVOS AL DIAGNÓSTICO DE LA PD, CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN EN LOS RECURSOS, Y EL PROTOCOLO DE ENTRADA EN LOS MISMOS

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO		COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
PROTOCOLO DE ENTRADA	<p>Los requisitos y el protocolo de entrada en nuestros servicios no están adaptados generalmente al perfil de PD.</p> <p>No suficiente claridad en la información a la persona usuaria sobre normas, derechos y obligaciones del recurso.</p> <p>Las personas usuarias pueden no tener una actitud positiva ante el ingreso en el nuevo recurso y mostrar una baja motivación.</p> <p>En los periodos iniciales hay un alto nivel de desajustes, siendo momentos críticos de adaptación.</p>	<p>Definir itinerarios específicos de entrada para PD.</p>	<p>Protocolizar contratos terapéuticos que reflejen los compromisos adquiridos por ambas partes, incluyendo aspectos conductuales específicos que enfatizen en normas y límites; elaborados conjuntamente con la persona usuaria.</p> <p>Desarrollar un protocolo para facilitar la transmisión de información inicial (servicios, condiciones, exigencias...).</p> <p>Establecer límites claros en la intervención, con objetivos concretos y contenedores y consecuencias (permisos, extras de dinero, multas, cargos extras...) ante el salto de límites.</p> <p>Contactos y periodos de prueba previos a la incorporación definitiva.</p> <p>Atender específicamente al proceso de adaptación de nuevas personas usuarias.</p>	<p>Personas y recursos informados de las intervenciones para PD.</p>	<p>Contamos con protocolos de actuación específicos.</p> <p>Se establece una dinámica de relación y comunicación entre recurso y persona usuaria.</p> <p>Disponemos de herramientas objetivas y acordadas por ambas partes, que definen las consecuencias de las conductas con antelación.</p> <p>Acompañamos a la persona en su incorporación y evitamos abandonos prematuros.</p>	<p>La persona cuenta con un conocimiento adecuado sobre el recurso y puede ajustar su comportamiento y sus expectativas.</p> <p>El equipo mejora su capacidad de respuesta ante posibles desajustes en la adaptación.</p>

PROBLEMAS RELATIVOS AL DESEMPEÑO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO	COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
<p>Las personas usuarias consumen a pesar de las medidas para evitarlo.</p> <p>Ambivalencia de algunas personas ante el abandono del consumo.</p> <p>En el caso de los recursos residenciales, la probabilidad es mayor en las salidas de los mismos.</p> <p>Pueden aparecer desajustes económicos asociados.</p> <p>Ofrecer alternativas saludables al consumo puede suponer "aislar a la persona de su normalidad" (amigos, cuadrilla...).</p> <p>Se produce un contagio grupal y se rompe la dinámica del servicio.</p> <p>Posibilidad de consumos y ventas en el entorno físico del recurso, con quejas vecinales.</p> <p>Se producen recaídas al de 5-6 años.</p>	<p>Flexibilizar las aspiraciones de abstinencia total y aceptar la reducción de consumo, pero transmitiendo que lo deseable es la abstinencia total sin que pueda entenderse "que se da permiso" para consumir.</p>	<p>Controles de tóxicos protocolizados para todos los casos (incluido alcohol), explorando la vivencia de la persona en esos controles.</p>	<p>La persona aumenta su percepción de competencia: encuentra freno al consumo descontrolado y a la ocultación del mismo. Adquiere habilidades para el manejo de los consumos, encuentra espacios en los que recibe apoyo y una respuesta adecuada a su situación, valorada en su globalidad.</p>	<p>Contenemos una posible recaída.</p>	<p>La persona encuentra una contención o límite temprano, y puede reducir daños y descontrol sin romper definitivamente la vinculación.</p> <p>La persona recibe una respuesta adecuada a su situación y percibe que ésta se ha valorado globalmente.</p> <p>El equipo dispone de múltiples herramientas de trabajo e interviene mejor.</p> <p>Profesionales actúan como miembros de un equipo cohesionado. Están protegidos/as ante la focalización en un miembro del mismo de los conflictos derivados de determinadas decisiones.</p>
		<p>Los controles rutinarios pueden ser poco específicos, por lo que se pueden solicitar controles más detallados. Coordinación necesaria para el trasvase de información si se realizan desde un recurso diferente.</p>		<p>Ofrecemos una respuesta presentada desde un postura de cohesión y firmeza.</p>	
		<p>Explicitar con el paciente y entre recursos el nivel de información a compartir en casos de incumplimiento de contrato. Aclarar la coordinación con otros servicios y escribir el acuerdo.</p>		<p>La persona desarrolla hábitos saludables y establece una relación más normalizada con el entorno.</p>	
		<p>Establecer límites claros respecto al consumo y consecuencias ante el salto de los mismos. Ante un salto de límites, transmitir a la persona dicha información con inmediatez.</p>		<p>Se controla la situación económica y se trabaja para una adecuada gestión de la misma por parte de la persona, con lo que se aumentan sus oportunidades (mayor solvencia).</p>	
		<p>No tomar decisiones inmediatas, intentando contener la situación. Analizar el caso y ofrecer una propuesta de solución en el marco del recurso, utilizando los instrumentos habituales de trabajo.</p>		<p>La persona aprende a identificar consecuencias de su consumo sobre otras personas o contextos.</p>	
		<p>Trabajar específicamente sobre el consumo. Explorar las causas/ beneficios del mismo. Entenderlo como un síntoma indicador de algo más, siendo necesario un trabajo integral sobre la globalidad de persona para tratar los factores o necesidades que hay detrás.</p>		<p>El grupo se ve protegido de situaciones de riesgo, a través de límites definidos, acuerdos de convivencia y respeto, y una dinámica general de colaboración y resolución de conflictos.</p>	
		<p>Trabajar por un cambio de hábitos y ofrecer alternativas saludables al consumo (deporte, agendas culturales...) si es posible en su sistema de relaciones habitual.</p>		<p>Imagen del recurso positiva en el entorno, que asume la convivencia con el mismo. Se reduce el estigma social.</p>	

PROBLEMAS RELATIVOS AL DESEMPEÑO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO	COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
MODELO DE INTERVENCIÓN	<p>La estancia media en tratamiento es mayor. Los procesos son más lentos.</p> <p>Se "resisten" a desvincularse, lo que desde el paradigma de la búsqueda de autonomía puede entenderse como una nueva dependencia.</p> <p>Temor a intervenciones en marco grupal sobre PD por riesgo de potenciar el estigma o el riesgo de consumo de otros usuarios.</p> <p>La intervención deja de ser en un grupo homogéneo. Pueden aparecer conflictos.</p> <p>La intervención tradicional en recursos residenciales en drogodependencias ha estado dirigida a la abstinencia, a corto plazo y de manera directiva.</p> <p>Las personas pueden relacionarse desde la manipulación y la mentira.</p> <p>Los/as profesionales se especializaron con otro tipo de población.</p>	<p>Ofrecer itinerarios a largo plazo, una continuidad de cuidados. Y acompañar en la finalización del proceso, ofreciendo apoyo que sostenga y contenga.</p>	<p>Dar un giro en la intervención tradicional y enfatizar en la confianza, comprensión y aprendizaje, más que en la confrontación, imposición y crítica. Adaptar los objetivos psicoterapéuticos y psicoeducativos y revisar periódicamente los resultados de las intervenciones.</p> <p>Plantear el recurso como respuesta integral a las necesidades de la persona usuaria.</p> <p>Designar una figura de referencia para la persona, como anclaje de seguridad, apoyo, y puente entre recursos intervinientes.</p>	<p>Personas con diferentes perfiles de enfermedad coexisten en un mismo recurso y se apoyan mutuamente en un sistema de solidaridad mutua. Se aprovecha la fuerza rehabilitadora del grupo en sí.</p> <p>El grupo entiende mejor la problemática de la PD, la acepta mejor, y se reduce el estigma en torno a ella.</p> <p>Los programas y actividades se adecuan a los perfiles de las personas.</p> <p>La persona adquiere nuevas habilidades relacionales basadas en la asertividad, las habilidades sociales...</p> <p>La persona tiene una mejor adherencia al tratamiento, controla síntomas y riesgos derivados y los efectos secundarios son minimizados.</p>	<p>La persona mejora su sintomatología y calidad de vida.</p> <p>La estancia en el recurso es más adecuada y más relajada para la persona.</p> <p>La persona recibe una atención especializada adaptada a su situación.</p> <p>El equipo puede evitar la manipulación y tiene un sistema de control que le permite retomar la situación ante un desajuste.</p> <p>Para el equipo, la atención directa se hace más sencilla.</p>
	<p>Diversificar la intervención.</p>	<p>Atender a los distintos perfiles de las personas, a las necesidades y a los intereses de las mismas.</p> <p>Transmitir al grupo lo positivo de que cada uno/a reciba una atención ajustada a sus necesidades, desde la diferencia individual. Paliar así posibles consecuencias negativas por comparaciones.</p> <p>Intervenir grupalmente para que las personas sin PD entiendan y empaticen con sus compañeros/as. Integrar en la convivencia pese a la diferencia en perfiles, intervenciones...</p> <p>Actividades paralelas para diferentes perfiles (adecuar la incorporación a las dinámicas en función de los diagnósticos: no todas las personas en todas las actividades).</p> <p>Periodos de prueba con valoración de adecuación en cada actividad.</p> <p>Fomentar espacios grupales donde se plantean quejas y conflictos. Fomentar habilidades para la resolución de conflictos en ellos.</p>			
	<p>Disponer de intervenciones psicoeducativas que amplíen conocimientos y competencias.</p>	<p>Definir un plan individualizado de intervención que fomente la flexibilidad y el ensayo-error, priorizando el compromiso mutuo y la auto-responsabilización en el desarrollo del proyecto vital.</p> <p>Grupos experienciales para generar pensamiento.</p> <p>Explicación de la patología, de la importancia de la colaboración en el tratamiento, del manejo de la sintomatología y de la medicación, adecuando el contenido a la capacidad y al ritmo de la persona.</p> <p>Técnicas de resolución de conflictos y de solución de problemas.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales.</p> <p>Acordar objetivos estimulantes, alcanzables a corto plazo, centrados en la pedagogía para la vida cotidiana.</p>			

PROBLEMAS RELATIVOS AL DESEMPEÑO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

DIFICULTADES ESPECÍFICAS	BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS	RESULTADO ESPERADO	COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
<p>RECURSOS DE APOYO</p> <p>Los mayores problemas se dan con las personas sin techo.</p> <p>La entrada y mantenimiento en los recursos es complicada, por los criterios de acceso y por las normas de funcionamiento internas. No hay plazas adecuadas al perfil de PD.</p> <p>En algunos casos no es posible una derivación directa sino a través de intermediarios, lo que puede ralentizar el proceso.</p> <p>Recursos insuficientes que suponen demora en la entrada ante largas listas de espera.</p>	<p>Contar con una red asistencial de recursos que cuenten con plazas adecuadas al perfil de PD.</p> <p>Contar con una red asistencial de recursos al que poder derivar casos directamente.</p> <p>Utilizar los recursos normalizados cuando sea posible.</p> <p>Mantener una comunicación y colaboración fluidas con los recursos.</p> <p>Ante dificultades en el ingreso por demora en el ingreso, trabajar mientras tanto para reducir riesgos y daños.</p>	<p>Las personas cuentan con plazas adecuadas a su perfil de PD en los recursos de apoyo.</p> <p>La demora en la entrada disminuye.</p> <p>Las intervenciones desde los diferentes recursos intervinientes están coordinadas.</p> <p>Se contienen los riesgos y daños hasta que la persona accede al recurso de apoyo.</p>	<p>Las personas cuentan con recursos de apoyo a su proceso adecuados a sus necesidades.</p> <p>El equipo cuenta con más apoyos.</p>
<p>EL CUIDADO DEL EQUIPO PROFESIONAL</p> <p>Presencia de múltiples figuras en los equipos (psiquiatría, enfermería, psicología, educación social, tiempo libre, orientación laboral...).</p> <p>Encuadre de intervenciones no siempre claro, ni compartido por todas las partes implicadas. Puede generar confusión y manipulación.</p> <p>Síndrome del cuidador quemado.</p>	<p>Favorecer y facilitar la comunicación y la toma de decisiones a nivel horizontal y no piramidal.</p> <p>Transmitir el conocimiento y habilidades entre los diferentes perfiles profesionales.</p> <p>Contrastar información e intervenciones.</p> <p>Visualizar y explicar la coordinación de profesionales y recursos a la persona usuaria.</p> <p>Ajustar expectativas respecto al proceso de las personas usuarias.</p> <p>Favorecer la rotación del personal en caso necesario.</p> <p>Incidir en el cuidado de los/as profesionales: trabajar personalmente con cada profesional sobre su vivencia en el trabajo y realizar formación específica sobre cuidados del cuidador.</p> <p>Fomentar la comunicación y el cuidado en el equipo, especialmente en el manejo de vivencias de amenaza y/o riesgo. Prevenir situaciones de crisis.</p>	<p>Los/as profesionales se sienten satisfechos por el ambiente y la dinámica de trabajo y colaboran para mejorar los resultados.</p> <p>El equipo funciona como red de conocimiento. Se incrementa y diversifica la capacidad de acción.</p> <p>Se produce un ajuste más realista de expectativas de éxito.</p> <p>La persona conoce, entiende y acepta la gestión de su caso, y el papel de los/as diferentes profesionales en el mismo.</p> <p>Se propicia y desarrolla el cuidado frente al desgaste y el estrés en su trabajo. El equipo actúa como soporte de cada uno de sus miembros.</p>	<p>El equipo se ve cuidado y protegido. Mejora su satisfacción y su intervención.</p> <p>Las personas van a recibir un mejor tratamiento, por parte de un equipo enriquecido, cohesionado y eficaz.</p>

PROBLEMAS RELATIVOS AL DESEMPEÑO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO	COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
SITUACIONES DE CRISIS	<p>Aparecen dificultades en la incorporación, estabilización y tratamiento en el recurso, debido a la inestabilidad en la persona.</p> <p>Las dificultades se agravan si no existe en el momento disponibilidad de figuras (como la del médico/a, por ejemplo), o si intervienen agentes que pueden condicionar las actuaciones del equipo (condicionamientos judiciales..).</p>	<p>Establecer un “Plan de Crisis” global y uno individualizado.</p>	<p>Valorar un ingreso voluntario ante el riesgo de descompensación.</p> <p>Ante un ingreso psiquiátrico, mantener el vínculo y coordinar intervenciones.</p> <p>Aprovechar recursos con diferente nivel de contención en la misma entidad.</p> <p>Cuidar la aceptación, la incondicionalidad y el no abandono en este proceso.</p> <p>Introducir límites que no afecten al tratamiento clave (asistencia al programa, consulta psiquiátrica, cumplimiento farmacológico, actividades terapéuticas grupales, etc). Por ejemplo, reduciendo horario o presencia en otras actividades.</p> <p>Evaluar conjuntamente el manejo de las situaciones de crisis.</p>	<p>El equipo tiene capacidad para ofrecer una respuesta eficaz y temprana para contener la situación.</p> <p>Se mantiene la adherencia al tratamiento.</p>	<p>La persona recibe una respuesta coordinada, consensuada y adaptada a sus necesidades en situaciones de crisis.</p> <p>El equipo cuenta con herramientas de intervención ante situaciones de crisis de las personas.</p>

PROBLEMAS RELATIVOS A LA COORDINACIÓN CON OTROS CENTROS Y A LA TRANSICIÓN ENTRE RECURSOS

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO	COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA		
COORDINACIÓN CON OTROS CENTROS	Dificultades comunicación y coordinación con los distintos profesionales de diversos recursos (son muchos, rotaciones, vacaciones, bajas, pérdida de información entre los interlocutores).	Evitar duplicar intervenciones	Elaboración del plan de intervención de cada entidad en su espacio, con sus objetivos propios, y con una buena coordinación interna.	Todos los/as profesionales que trabajamos con la persona usuaria compartimos objetivos del Plan Individual y de la evolución de la persona usuaria	Personas usuarias atendidas coherentemente y acompañadas en sus proyectos.		
			Elaboración de P. I. de intervención compartida con los servicios que atienden el mismo caso.			Conocimiento entre servicios y profesionales: Establecer reuniones de todo tipo (puntuales, periodicas, de gestión de casos, definiendo las funciones de cada profesional), coordinación telefónica constante.	
						“Actitud de respeto auténtico por el trabajo de los otros, evitando luchas de poder y “egos”.	
						En caso de discrepancia, centrarse siempre en los objetivos de la persona usuaria más que en las características / prestaciones que podemos ofrecer desde cada servicio.	
	Diferentes enfoques de la intervención en cada entidad.	Mejorar las redes de comunicación y coordinación entre los diferentes recursos de atención a la persona usuaria común.	Uso de la red normalizada siempre que sea posible.			Establecemos una buena comunicación: fluida y exhaustiva.	Profesionales que aúnan y ahorran esfuerzos.
			Establecer una figura externa de referencia en cada recurso (por ejemplo, el mismo médico/a de atención primaria para todas las personas de un mismo piso).				
			Coordinación con alojamientos o familia para la detección de consumo de tóxicos o alcohol, abandonos de medicación y conductas problemáticas.				
			Mejorar la coordinación con el sistema judicial para que los aspectos legales no contaminen / limiten la intervención.				
Equilibrio en el manejo de la confidencialidad	Equilibrio en el manejo de la confidencialidad	Garantizarla sin que sea un obstáculo por excesivo celo.					
		Firma por parte de la persona usuaria del permiso para acceso a la información de otro recurso.					

PROBLEMAS RELATIVOS A LA COORDINACIÓN CON OTROS CENTROS Y A LA TRANSICIÓN ENTRE RECURSOS

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS		RESULTADO ESPERADO	COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
TRANSICIÓN ENTRE RECURSOS	Desde la atención a drogodependencias las personas pueden recibir un alta pero en la atención a su trastorno mental en muchos casos no va a ser posible.	Organizar ese trabajo posterior, asumirlo y transmitirlo a la persona usuaria y a su familia para que también lo asuman (conciencia de enfermedad).	Coordinación con recursos de apoyo a la salud mental.	El equipo profesional del recurso de llegada tiene la información necesaria sobre la persona. La persona usuaria y el servicio se conocen de primera mano y valoran la adecuación de la derivación. La persona se adapta mejor al recurso y recibe tratamiento adecuado a su PD. Se reduce el tiempo de espera en recursos no adecuados. Las personas retornan a los servicios tras atenciones temporales en otros recursos.	El equipo profesional se siente más seguro (sabe como manejarle, por donde puede llagar a el) y puede trabajar de manera más eficaz. La persona usuaria recibe mejor tratamiento y se estabiliza más rápidamente.
			Acompañarles durante un período de tiempo mayor.		
	Necesidad de coordinación entre recursos para evitar la “puerta rotatoria” o el vacío asistencial mientras se busca un nuevo servicio más apto para las necesidades de la persona con PD.	Garantizar la continuidad de cuidados	Solapar periodos iniciales y finales de intervenciones.		
			Implantar programas de transición entre recursos, mantener contactos interprofesionales y facilitar informes entre recursos		
			La “gestión de caso” debe hacerse desde una figura de referencia cercana y accesible		
	Mantener contacto en los periodos de ingresos hospitalarios a pesar de posible larga duración.	Mantener el vínculo. Definir una persona de contacto	Hacer “ensayos” que permitan incorporaciones progresivas y supervisadas.		
			Conocer evolución periódica: llamadas semanales, visitas... tanto en inicio como en los momentos de estabilidad.		
Preparar la salida: Acordar objetivos de alta y pasos previos a la misma: permisos, pruebas...					

PROBLEMAS RELATIVOS A LA INSERCIÓN LABORAL Y AL OCIO Y TIEMPO LIBRE

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS	RESULTADO ESPERADO		COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA
INSERCIÓN LABORAL	Difícil incorporación al mercado de trabajo por características del mercado laboral.	Ajustar expectativas del equipo profesional, la persona usuaria y su familia.	La persona desarrolla habilidades laborales a un ritmo adecuado a sus características, acorde con sus capacidades y el entorno laboral, además de estar ocupado.	Itinerario formativo y proceso de inserción laboral adaptado a la capacidades.	La persona usuaria se siente más apoyada, especialmente si da el salto al trabajo ordinario. El profesional puede intervenir mejor sobre la motivación y la constancia, y hablar a la persona en términos de capacidades y limitaciones, yendo más allá de la etiqueta diagnóstica. La figura de referencia proporciona apoyo emocional y hace de puente entre la persona y la red de servicios, dando continuidad a los cuidados. El usuario se siente reforzado con una mayor solvencia económica y desde un sentimiento de utilidad.
		Condiciones laborales de mayor flexibilidad: estructuras intermedias, adaptación horaria, etc.			
		La prestación de servicios en la comunidad como modelo de inserción social y laboral, no remunerada necesariamente. Participar en programas comunitarios, fiestas, participando en organización e implicándose.			
		Destacar lo ocupacional como objetivo fundamental, pero abriendo el abanico a otras posibilidades (actividades preocupacionales, talleres, ocio y tiempo libre activos...)			
	Difícil incorporación al mercado de trabajo, por características de las personas usuarias.	No usar la formación para ocupar tiempo sino con un itinerario formativo coherente.		Recursos formativos, recursos laborales y apoyos adaptados a las necesidades de PD.	
		Figura de referencia que acompañe a la persona en su desempeño laboral.			
		Trabajar sobre el autoestigma de la persona usuaria y por su sentimiento de utilidad como trabajadora y como ciudadana.			
		Incrementar el seguimiento en el momento de la incorporación laboral por ser un momento de alto riesgo de recaída.			
	Una incapacidad absoluta desincentiva la búsqueda de empleo.	Ayudar a adecuar los ritmos de avance a personas jóvenes que piden itinerarios más breves, rápidos y normalizados y suelen acabar en fracaso.			

PROBLEMAS RELATIVOS A LA INSERCIÓN LABORAL Y AL OCIO Y TIEMPO LIBRE

DIFICULTADES ESPECÍFICAS		BUENAS PRÁCTICAS/PROPUESTAS	RESULTADO ESPERADO	COLECTIVO BENEFICIADO Y EN QUÉ SE BENEFICIA	
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Falta de alternativas al consumo atractivos para la persona.	<p>Son precisos más clubs de tiempo libre, y no restringidos únicamente a personas con trastorno psicótico.</p> <p>Promover y reforzar capacidad de disfrute, amortiguada en ocasiones. Retomar vínculo con familia, responsabilizarse del cuidado de animales (responsabilidad y cercanía como espacio de afecto gratuito...).</p> <p>Tutorías grupales para la Formación específica en manejo del ocio (recursos comunitarios, transportes, economía del ocio, etc).</p> <p>Las actividades organizadas desde los recursos deben ser sufragadas en parte por las personas usuarias, conociendo siempre el coste real.</p> <p>Necesidad de adaptación a necesidades y capacidades del colectivo de PD en relación al ocio y tiempo libre . Con acompañamiento en los espacios mixtos de socialización de ocio entre diferentes perfiles.</p> <p>Itinerarios individualizados bien en formato grupal o individual y desde sus habilidades e intereses, en coordinación con agentes supervisores externos (familia, pisos de apoyo).</p> <p>Apoyo con actividades de aprendizaje de ocio, organizando actividades grupales acompañadas por profesionales.</p>	<p>La persona usuaria disfruta de nuevas experiencias de ocio adaptadas a sus posibilidades, aprendiendo a organizarse forma autónoma, y rompiendo con hábitos asociados al consumo.</p>	<p>Desarrollo de recursos de ocio flexibles y abiertos.</p> <p>Reforzada la red social en torno a persona con PD.</p> <p>Personas con planes de ocio individualizados.</p> <p>Ampliación de habilidades de autonomía.</p>	<p>La persona usuaria se divierte en un entorno lo más normalizado posible y abordando un cambio de hábitos respecto al consumo que previene las recaídas.</p> <p>Para las familias, tiene connotación de respiro familiar.</p> <p>La persona usuaria se siente acompañada para afrontar el miedo (al rechazo, la incompreensión) que le da relacionarse con personas “normales”, incluyendo el manejo de su historia o sus limitaciones actuales (medicación, información relativa a su trastorno...).</p> <p>La persona usuaria realiza un trabajo sobre la gestión económica de su ocio, sobre la administración de su realidad económica o sobre el conocimiento de recursos gratuitos que le permite ser autónomo en su ocio.</p>
	Los síntomas negativos de la enfermedad contribuyen al aislamiento.	<p>Trabajar por promover habilidades para la vida cotidiana en espacios de ocio (por ejemplo hacerse la cama en salidas de fin de semana) desde los intereses de cada persona.</p>			

Bibliografía

- *Atención comunitaria a la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en CAPV.* Bilbao rateko, 2000.
- *Atención primaria de la patología psiquiátrica dual en prisión.* Documento de consenso del grupo de Trabajo sobre salud mental en prisión (GSMP), compuesto por miembros de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN): Mariano Hernández Monsalve, Rafael Herrera Valencia, Cristina Iñigo Barrio, Iñaki Markez, Andrés Martínez Cordero, Luis Ortega Basanta, Eduardo Ortega Martínez, Gabriel Rubio Valladolid, Enric Vicens Pons, José Manuel Arroyo Cobo (Coordinador).
- *Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP), 2006.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Interior.
- *Manejo del paciente dual en centros penitenciarios.* Ponencia del Dr. Antonio Terán Prieto. C.A.D “San Juan de Dios”, Palencia.
- *Mental health problems: Are they or are they not a risk factor for dropout from drug treatment? A systematic review of the evidence.* Petra S. Meier & Christine Barrowclough. *Drugs: education, prevention and policy*, February 2009; 16(1): 7–38.
- *Patología Dual en Esquizofrenia. Opciones terapéuticas* – Néstor Szerman. Editorial Glosa 2007
- *Patología Dual: factores de riesgo y protección frente a posibles recaídas.* Izquierdo Muñoz, A.; Alvarez del Manzano Sans, B. - 2009
- *Patología Dual. Protocolos de intervención. Introducción.* Néstor Szerman.
- *Patología Dual. Protocolos de intervención. Depresión.* Marta Torrens Mèlich y Diana Martínez-Sanvisens. Sociedad Española de Patología Dual (SEPATOLOGÍA DUAL).
- *Patología Dual. Protocolos de intervención. Esquizofrenia.* Carlos Roncero, Carmen Barral, Lara Grau-López, Oriol Esteve, Miguel Casas.
- *Patología Dual. Protocolos de intervención. Trastornos de personalidad.* Lola Peris y Ariadna Balaguer.
- *Psicoeducación grupal en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar asociado a Dependencia de Tóxicos de abstinencia.* - Patricia González Alegre – 2008
- *Protocolo de coordinación y atención a la patología dual.* Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y dependencia. Leopoldo Elvira Peña. 2007.
- *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo.* Situación actual y recomendaciones. Gisbert, C. (Coord.) Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2002. Colección cuadernos técnicos nº6.