

"NECESITO UN RESCATE"

TRACTAMENT DE LA
PATOLOGIA DUAL A LES
COMUNITATS TERAPÈUTIQUES



**AUTORA: GEMMA
JUNYENT LLOPART**

**TUTOR: ORIOL SEGOVIA MINGUET
FACULTAT PERE TARRÉS,
UNIVERSITAT RAMON LLULL
DIPÒSIT: MAIG 2022**

**TREBALL FINAL DE GRAU
EDUCACIÓ SOCIAL
2021-2022**

“NECESITO UN RESCATE”: EL TRACTAMENT DE LA PATOLOGIA DUAL A LES COMUNITATS TERAPÈUTIQUES

“Necesito un rescate”: el tratamiento de la patología dual en las comunidades terapéuticas.

"I need a rescue": the treatment of dual diagnosis in therapeutic communities.

RESUM

A través de la revisió de diferents estudis s'ha pogut veure l'elevada i alarmant xifra d'abandonaments en els usuaris diagnosticats amb patologia dual a les CT, que és d'un 70%. Amb la voluntat d'investigar els elements que intervenen en l'abandonament del tractament de les persones amb patologia dual a la CT "La Coma", s'exposa una investigació no experimental de tipus correlacional-cause per establir una relació entre les dues variables. A través d'entrevistes als professionals i qüestionaris als usuaris s'han establert els diferents factors que hi intervenen, essent principalment la falta de formació en salut mental i la seva intervenció, juntament amb les dificultats que presenten els usuaris.

Paraules clau: Educació Social, comunitat terapèutica, patologia dual, tractament, abandonament.

RESUMEN

A través de la revisión de diferentes estudios se ha podido ver la elevada y alarmante cifra de abandonamientos en los usuarios diagnosticados con patología dual a las CT, siendo un 70%. Con la voluntad de investigar los elementos que interviene en el abandono del tratamiento de las personas con patología dual a la CT "La Coma", se expone una investigación no experimental de tipo correlacional-cause para establecer una relación entre las dos variables. A través de entrevistas a los profesionales y cuestionarios a los usuarios se han establecido los diferentes factores que interviene, siendo principalmente la falta de formación en salud mental y su intervención, juntamente con las dificultades que presentan los usuarios.

Palabras clave: Educación Social, comunidad terapéutica, patología dual, tratamiento, abandono.

ABSTRACT

Through the review of different studies, it has been possible to see the high and alarming number of drop-outs in users diagnosed with dual pathology from TC, 70%. With the aim of investigating the elements involved in the abandonment of treatment by people with dual pathology at the TC "La Coma", a non-experimental correlational-causal research study was carried out to establish a relationship between the two variables. Through

interviews with professionals and questionnaires to users, the different factors involved have been established, being mainly the lack of training in mental health and its intervention, together with the difficulties presented by users.

Key words: Social Education, therapeutic community, dual diagnosis, treatment, abandonment.

AGRAÏMENTS

Voldria expressar el meu agraïment a totes aquelles persones que, d'alguna forma o altra, han contribuït en la realització del present treball.

Primer de tot, a l'Oriol Segovia, tutor del treball, per haver-me orientat, guiat i acompanyat en tot el procés d'elaboració del treball a través del seu seguiment.

A les meves tutores de pràctiques, ara companyes de feina, de la CT "La Coma", per haver-me format en tot el procés de pràctiques, ensenyat i deixar-me intervenir. Han sigut un punt clau per a la realització del treball.

A la meva parella per la paciència i els seus ànims en els moments més difícils quan volia tirar la tovallola. Gràcies també per la implicació en la realització del treball.

Als meus pares i al meu germà, que han estat al peu del canó dia a dia durant aquests quatre anys de carrera, qui han viscut les meves anades i vingudes, i m'han demostrat que lluitar pel que vull val la pena, encara que el camí sigui feixuc.

Finalment, un agraïment especial als meus pares, per haver fet possible estudiar en aquesta Universitat, que sense ells no ho hagués sigut.

No hi ha res que em faci més feliç com veure'ls orgullosos per haver arribat fins on m'havia proposat. Tot ha sigut gràcies al seu suport i la seva empenta.

“Cuando tratamos a pacientes consumidores de drogas, solemos achacar sus problemas a sus hábitos de consumo, cuando, en la mayoría de los casos, estos pacientes presentan trastornos mentales con patología dual que con frecuencia nos pasan desapercibidos. A la hora de aplicar tratamientos contra el consumo de drogas debemos tener en cuenta la comorbilidad.”

Marcel Reimen, Presidente del Consejo de Administración del OEDT, 2004, p.1.

ÍNDEX

1. Introducció i justificació	8
2. Marc teòric	11
2.1. Patologia dual.....	11
2.1.1. Salut mental	16
2.1.1.1. L'estigma en la salut mental	17
2.1.1.2. Trastorn mental	19
2.1.1.3. La salut mental en xifres	20
2.1.2. Addiccions	25
2.1.2.1. L'estigma en el consum de drogues	27
2.1.2.2. Ús, hàbit, abús i dependència	28
2.1.2.3. Les addiccions en xifres	30
2.2. Institucionalització del tractament de la patologia dual.....	38
2.2.1. Teories i models d'intervenció	38
2.2.2. Serveis i recursos.....	40
2.2.2.1. Atenció a les persones amb trastorn mental.....	40
2.2.2.2. Atenció i serveis de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències.....	43
2.2.3. Equips professionals	46
2.2.3.1. Educació Social.....	48
2.3. Tractament de la patologia dual a les comunitats terapèutiques	51
2.3.1. Comunitat Terapèutica "La Coma"	52
3. Hipòtesi.....	56
4. Objectius.....	57
5. Metodologia	58
6. Resultats.....	64

7. Anàlisi i discussió	75
8. Conclusions	81
9. Bibliografia	84

ÍNDEX FIGURES

<i>Figura 1: Prevalença dels símptomes de trastorn mental (2018)</i>	21
<i>Figura 2: Circuit d'atenció a la persona amb trastorn mental</i>	42
<i>Figura 3: Recursos de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències</i>	44
<i>Figura 4: Total dels usuaris de la CT "La Coma" segons diagnòstic dual, 2021</i>	54
<i>Figura 5: Total d'usuaris per tipus d'alta a la CT "La Coma", 2021</i>	55
<i>Figura 6: Usuaris amb patologia dual per tipus d'alta a la CT "La Coma", 2021</i>	55
<i>Figura 7: Usuaris que reben tractament farmacològic per al diagnòstic psiquiàtric a la CT "La Coma", 2022 (%)</i>	66
<i>Figura 8: Consideració dels usuaris sobre si reben tractament NO farmacològic per el diagnòstic psiquiàtric a la CT "La Coma", 2022 (%)</i>	66

ÍNDEX TAULES

<i>Taula 1: Prevalença de consum de substàncies psicoactives en la població de 15-64 anys (%). Espanya, 2017-2019/2020</i>	33
<i>Taula 2: Tractament per drogodependències, 2020. Per tipus de droga, sexe, grups d'edat, situació laboral i nivell d'estudis</i>	36
<i>Taula 3: Funcions dels educadors socials</i>	49

ÍNDEX ANNEXOS

(Document a part)

Annex 1: Full informatiu i consentiment informat professionals	2
Annex 2: Mostra entrevistes als professionals	4
Annex 3: Mostra qüestionaris als participants i qüestionaris realitzats	6
Annex 4: Entrevista als professionals (Educadora, P1)	28
Annex 5: Entrevista als professionals (Educadora, P2)	39
Annex 6: Entrevista als professionals (Psiquiatra, P4)	44
Annex 7: Entrevista als professionals (Psicòloga, P3).....	52

1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ

A mesura que van passant els anys, se sent a parlar cada vegada més sobre les comunitats terapèutiques i la seva tasca rehabilitadora, tot i així, encara queda molt camí per recórrer a nivell de recerca i coneixement per donar-se a conèixer a la societat. Personalment, no coneixia aquests espais fins que vaig començar el grau d'Educació Social, i de seguida em va interessar el tema i em va despertar certa curiositat per conèixer aquest recurs. Aquest any, he realitzat les pràctiques de quart del grau en Educació Social, a la Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés, de la Universitat Ramon Llull, a la Comunitat Terapèutica (d'ara en endavant CT) "La Coma" de Monistrol de Montserrat, la qual pertany al Grup ATRA, i he tingut la oportunitat de conèixer la tasca que s'hi realitza, així com també veure els aspectes amb els quals coixeja.

És per aquesta raó que m'ha dut a enfocar el Treball de Final de Grau en aquests espais, ja que durant el meu procés de pràctiques he pogut observar una sèrie de necessitats no ateses que, al llarg d'aquesta recerca aplicada, corroboraré i analitzaré en profunditat per tal de poder fer una sèrie de propostes de millora per al futur.

Durant la meua estada a la CT "La Coma" de Monistrol de Montserrat, he pogut observar que la majoria de residents tenen una patologia dual diagnosticada, però, aquesta no és tractada simultàniament, és a dir, la CT és un centre especialitzat en drogodependències on, pràcticament, només s'hi treballa l'addicció. Sí que és cert que s'adapten algunes activitats per aquestes persones o se'ls deixa més espais físics per poder apartar-se del grup en certes ocasions, però més enllà d'atenuar situacions concretes, no hi ha estratègies concretes o directrius marcades per tractar els trastorns mentals. Per altra banda, hi ha un psiquiatra a la CT que els atén, però més enllà d'això, una vegada reben l'alta de CT, moltes vegades, se'ls ha de derivar a un centre especialitzat de salut mental, ja que no s'ha treballat de forma integral.

Gairebé un 80% de les persones amb drogodependències presenten una comorbiditat psiquiàtrica (OEDT, 2004), de manera que existeix una alta prevalença de patologia dual en aquest col·lectiu. La patologia dual no és tractada simultàniament i, des del meu parer, quan el trastorn per ús de substàncies coexisteix amb un altre diagnòstic psiquiàtric (denominat patologia dual), és imprescindible i necessari fer un abordatge simultani als dos trastorns, ja que sinó les probabilitats de recaiguda són altes, pel fet que un trastorn va lligat a l'altre. A més a més, les dificultats per realitzar i/o acabar el tractament es veuen més presents ja que el trastorn mental no tractat condiciona els resultats de tot el procés terapèutic, així com també agreuja el malestar dels residents

durant el tractament. Per tal d'evitar això, és necessari que l'equip terapèutic estigui format i integri professionals experts en altres sectors com el de salut mental per poder atendre la patologia dual de forma integral, de manera que el tractament seria més efectiu i no seria un procés tant llarg.

La patologia dual, doncs, se'ns presenta com un repte en molts sentits. Primer de tot, el diagnòstic segueix sent difícil i de vegades confós; el tractament manca de recursos tant materials com humans; i, per últim, hi ha una gran separació entre les dues xarxes més importants per al tractament de la patologia dual: salut mental i centres de desintoxicació, en especial, les comunitats terapèutiques.

Per altra banda, si afegim una mirada interseccional en l'àmbit de les addiccions, trobem una clara discriminació de gènere, on les dones estan sotmeses a un triple estigma pel fet de ser dona, drogodependent i patir un trastorn mental. Dins d'una societat patriarcal i antropocèntrica com la que vivim, on només per la condició de ser dona ja se li atorguen una sèrie de qualitats i comentaris que la desvaloren i immediatament queda infravalorada, una dona drogoaddicte, pateix una doble discriminació, davant l'estigma que suposa la drogoaddicció, on socialment, està bastant normalitzada per als homes, però per a les dones no, les quals acostumen a consumir soles sense que ho sàpiga ningú i acaben en un cercle d'aïllament social i consum solitari.

Aquest fet reclama posar gran atenció a aquest col·lectiu ja que quan la bombolla es trenca i es fa visible aquesta addicció per demanar ajuda, la situació d'abús de consum ja està molt més avançada que en el cas dels homes. En l'àmbit de la salut mental, hi ha una sèrie d'estudis que avalen que hi ha un conjunt de trastorns que prevalen més en les dones que als homes, i és aquí, on juga la discriminació de la dona en l'àmbit de la salut mental, ja que a causa d'aquesta creença social, es diagnostiquen molts més trastorns mentals a dones que a homes, tan sols pel fet de ser dones. L'estudi de percepció de l'estigma i discriminació en salut mental de Catalunya (2016) corrobora amb percentatges les diferents experiències de discriminació en casos de dones diagnosticades amb trastorns de salut mental, les quals pateixen, en xifres més elevades que els homes, tractes injusts, burles, insults, sobreprotecció, intromissió, entre altres.

En aquest sentit, ens trobem davant d'aquest triple estigma, variables les quals són un gran desavantatge i dificultat per a elles, ja que suposa una càrrega més a portar per superar.

Aleshores, en base a aquesta necessitat detectada, realitzaré una recerca per tal de poder identificar els punts febles i les dificultats amb les que es troben tant professionals com residents per trobar eines i propostes de millora, ja que reconèixer aquestes

característiques permetrà la identificació precoç dels pacients que tenen més risc d'abandonar de forma prematura el tractament, de manera que es podrà intentar prevenir-ho augmentant la intensitat terapèutica.

D'aquesta manera, les comunitats terapèutiques podrien créixer en relació a la seva tasca rehabilitadora i treballar simultàniament ambdós trastorns de patologia dual i minimitzar el recorregut d'atenció dels residents a diferents recursos especialitzats en un període de temps excessivament llarg, ja que actualment, en el tractament de les persones amb patologia dual, hi intervenen diferents serveis durant un període de temps molt prolongat.

Aquesta investigació, doncs, pot servir com a base inicial de començar a canviar i remodelar les bases de les comunitats terapèutiques, de manera que atenguin de forma simultània la patologia dual i desenvolupin en profunditat la idea per a la creació d'un nou model d'intervenció a les CT que agilitzi el tractament i rehabilitació dels residents, així com també la seva efectivitat.

Per tant, centraré la investigació en com podem millorar el tractament de la patologia dual a la Comunitat Terapèutica La Coma de Monistrol de Montserrat; quins aspectes, dimensions i mètodes cal millorar per a poder fer un abordatge integral.

2. MARC TEÒRIC

Al següent punt es mostra una revisió dels diferents antecedents teòrics que contextualitzen i que fan referència a l'objecte d'estudi mencionat anteriorment. Es construeix un fil conductor cronològic tenint en compte la pregunta inicial d'investigació plantejada sobre com es pot millorar el tractament de les persones usuàries de la Comunitat Terapèutica La Coma de Monistrol de Montserrat diagnosticades de patologia dual.

2.1. PATOLOGIA DUAL

Entenem la patologia dual com el diagnòstic de dues patologies a la vegada, és a dir, les persones diagnosticades de patologia dual, pateixen un trastorn per ús de substàncies (TUS) o addiccions comportamentals juntament amb un altre tipus de trastorn mental (Szerman i Martinez-Raga, 2015, citat a, González, 2020). Aquests trastorns poden presentar-se a la vegada o un després de l'altre. Durant els últims anys, s'ha començat a estendre el concepte de comorbiditat per referenciar a la patologia dual, un terme que s'utilitza en la medicina i que fa referència a la presència d'una o més malalties o trastorns que es mostren de forma simultània en una persona. Aquest nou concepte de comorbiditat s'està integrant, però encara no guanya suficient terreny davant del terme patologia dual, el més utilitzat al nostre país.

En aquest sentit, hi ha persones que no presentaven cap trastorn mental, i com a conseqüència del consum de drogues, acaben desenvolupant-ne un; així com també persones que ja estaven diagnosticades d'un trastorn mental, acaben desenvolupant una addicció. Aquesta relació de causa i efecte entre addiccions i altres trastorns mentals, moltes vegades, acaba esdevenint com un peix que es mossega la cua (González, 2020). A més a més, la comorbiditat també implica certa interacció entre les malalties, de manera que pot fer que ambdues empitjorin (NIDA, 2018).

L'addicció a les drogues és considerada una malaltia mental, ja que l'addicció afecta al cervell de forma fonamental, modificant les necessitats i els desitjos normals de la persona substituint-los per noves prioritats relacionades amb la cerca i el consum de drogues. Tots aquests canvis provoquen comportaments compulsius que dificulten la capacitat de controlar els impulsos. Tots aquests comportaments són similars a característiques d'altres trastorns mentals (NIDA, 2018).

És complicat esbrinar quin trastorn s'ha desenvolupat primer o si un ha desencadenat l'altre, però hi ha estudis que suggereixen tres possibilitats per explicar aquesta comorbiditat comuna: el primer demostra que hi ha factors de risc comuns que poden contribuir tant a la malaltia mental com a l'addicció; un altre estudi identifica certs estats de salut mental com a factors de risc per al consum de substàncies (consumir com a forma d'automedicar-se); i, finalment, un altre estudi explica que el consum de drogues pot contribuir a generar una malaltia mental (NIDA, 2018).

Alguna de les realitats amb les que ens podem trobar amb una persona amb patologia dual és el fracàs, l'abandó, el cessament o baixa d'un recurs de drogodependències sovint com a conseqüència de la malaltia mental, així com també als recursos de salut mental, quan el pacient té una recaiguda o no té una abstinència consolidada (González, 2020). Això és degut a la dificultat dels serveis i recursos professionals envers al tractament per a l'atenció de pacients complexos, els quals es caracteritzen per buscar més sensacions, impulsivitat i desig sever ("*craving*¹"), evitació del dany i neuroticisme i menys persistència, influint a mantenir una abstinència prolongada i a obtenir èxit en tractaments. Presenten conductes més desadaptatives a diferència de persones diagnosticades només de trastorn mental o d'addicció (Marquez-Arrico i Adan, 2013, citat a, González, 2020). Una altra característica és la falta de consciència d'addicció i/o de malaltia mental, juntament amb la dificultat de gestionar la malaltia mental, sent incapaços d'anticipar-se a les crisis que puguin experimentar.

❖ LA PATOLOGIA DUAL EN DADES:

La patologia dual ha anat prenent molta importància i preocupació al llarg dels anys gràcies als diferents estudis epidemiològics i clínics que s'han realitzat, que demostren l'elevada prevalença que hi ha, així com també la gravetat del problema i els mals pronòstics que es determinen, els quals quedaran demostrats més endavant.

Les dades disponibles de la UE són molt heterogènies, ja que cada país focalitzava l'estudi en una mostra de població diferent. Tot i això, les dades dels diferents països de la UE coincideixen amb que la prevalença d'altres trastorns mentals entre les persones amb trastorn per ús de substàncies és major que en les persones no consumidores (Torrens et al., 2017). A més a més, en aquest mateix estudi, s'associa una major prevalença de suïcidi en comparació a les persones amb un sol trastorn. Segons dades

¹ Terme anglosaxó usat per fer referència al desig sever de consum, definit segons el Cambridge Dictionary com: "A strong feeling of wanting something". <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/craving>

de l'INE (2019), a Espanya, es produeixen 10 suïcidis al dia, i si acotem la població a les persones que tenen diagnosticada una patologia dual, el risc de suïcidi creix desmesuradament: el 40% de les persones amb patologia dual tenen pensaments i idees suïcides, ja que l'ús de substàncies és un factor de risc pel suïcidi (SEPD, 2019, citat a, Confederación Salud Mental España, 2020).

Aquest tipus de diagnòstic de patologia dual es dona en un 70% dels pacients que assisteixen als serveis de salut mental (Roncero, 2018, citat a, González, 2020). Altres estudis mostren que el percentatge arriba fins al 80% dels pacients, depenent de la població i la metodologia utilitzada en la investigació (OEDT, 2004). Els estudis epidemiològics internacionals i nacionals també determinen que un 70% dels pacients que presenten un trastorn per ús de substàncies, tenen diagnosticat un altre trastorn mental (patologia dual), ja sigui de forma simultània o seqüencial (Szerman et al., 2012, citat a Szerman et al., 2016). Per altra banda, altres autors consideren que aquest percentatge podria arribar al 100% dels casos, però que no hi ha estudis per corroborar-ho perquè els instruments que s'utilitzen per determinar aquestes patologies es fa segons un seguit de categories establertes en comptes de determinar els símptomes.

Tot i tenir aquestes dades, l'afluència de trastorns per ús de substàncies i de trastorns mentals és desconeguda al conjunt d'Espanya. Fins fa poc no s'estava començant a treballar en xarxa des dels dos àmbits. De la mateixa manera, els estudis realitzats fins a data d'avui, eren amb un perfil molt específic, d'una xarxa en concret, i de diferents comunitats autònomes amb diferents models d'atenció, de manera que les xifres dels percentatges podien ser molt variables (Arias et al., 2013; Martínez-Gras et al., 2016; Pedrero-Pérez, 2018; Pereiro et al., 2013).

En canvi, l'estudi realitzat per Fernández et al. (2021), recollia una mostra aleatòria de diferents pacients en tractament per addiccions o salut mental de diferents comunitats autònomes d'Espanya de les dues xarxes de recursos (salut mental i addiccions), a través del disseny d'un estudi observacional, transversal i multicèntric amb la tècnica de l'enquesta per extreure les dades, de manera que l'estudi a nivell estatal i a les dues xarxes de tractament permeten una visió global d'aquesta prevalença.

Els resultats d'aquest estudi mostren la gran prevalença d'aquesta comorbiditat tant en les xarxes de tractament d'addiccions com en les de salut mental. Es va trobar una gran prevalença de trastorns mentals en aquells pacients que estaven en tractament a les xarxes d'addicció (71%), així com també, una alta prevalença de trastorns per ús de substàncies (68'9%) com de consum actiu de substàncies (50%, llevat del tabac) a les persones en tractament per diagnòstics de trastorns mentals a la xarxa de salut mental.

Cal destacar les relacions que s'estableixen entre el consum de determinades substàncies amb un trastorn mental concret: el trastorn de la personalitat es pot relacionar amb totes les addiccions de substàncies; els trastorns psicòtics pel consum de cànnabis, però no de cocaïna; els trastorns afectius per consum de cocaïna; i el trastorn d'ansietat per el consum de cànnabis (Fernández et al., 2021).

Varis estudis fets anteriorment al de Fernández (2021), també demostren l'alta prevalença de diagnòstics de patologia dual als diferents recursos de la xarxa de salut mental i d'addiccions (Hunt et al., 2018; Pascual-Pastor et al., 2017).

Patologia dual en dones. Diferències amb els homes:

Fins ara, s'han presentat les dades sobre patologia dual de forma global sobre tota la població, però, si les desglossem, podem trobar les diferències que es desdibuixen entre els diferents sexes en relació a la patologia dual.

Les dones amb trastorn per ús de substàncies mostren major prevalença de patologia dual en comparació amb els homes que també consumeixen. És important, doncs, tenir en compte les diferències que existeixen entre dones i homes consumidors. El mateix estudi europeu de Torrens et al. (2017), mostra la depressió major com un trastorn més freqüent en dones que en homes, a més a més de tenir el doble de probabilitats de patir el trastorn una dona consumidora que no pas les no consumidoros.

Per altra banda, molts estudis epidemiològics mostren que els trastorns per ús de substàncies són més predominants en homes que en dones, però que les dones consumidoros mostren una major prevalença de patologia dual en comparació als homes (Grant, 1996; Miquel, Roncero, López-Ortiz, Casas, 2011; Szerman et al., 2012, citat a Marín-Navarrete et al., 2015). El mateix estudi detalla els trastorns de l'estat d'ànim, d'ansietat i els trastorns de la conducta alimentària com els trastorns mentals més prevalents en les dones.

Com a conseqüència de tots aquests aspectes, les dones amb patologia dual són més susceptibles a patir violència de gènere, així com també recau sobre elles molt més estigma i pateixen més exclusió social que els homes, de manera que tots aquests factors ajuden a que els sigui més difícil accedir als recursos i serveis d'atenció i comencin un abordatge terapèutic (Confederación Salud Mental España, 2020).

❖ LES DUES GRANS XARXES:

La situació actual europea sobre el tractament dels trastorns mentals i de les addiccions es realitza des de dos serveis diferenciats, és a dir, la majoria de països tenen una xarxa assistencial per al tractament de la salut mental i una altra xarxa assistencial per al tractament de les addiccions, de manera que els professionals que treballen a cada xarxa no són experts en tractar les dues patologies. González (2020) detalla aquestes dues grans xarxes i posa èmfasi en la situació nacional i autonòmica.

Argumenta que això mateix passa a Espanya i a Catalunya i, encara que actualment la xarxa d'atenció sanitària i recursos socials per a persones diagnosticades amb alguna patologia mental i la xarxa d'atenció a les drogodependències treballen per adaptar i modificar els diferents recursos per poder tractar a les persones diagnosticades de patologia dual de forma conjunta, encara existeix una bona part de les dues xarxes que treballa de forma separada. Això no vol dir que cada persona tractada sigui atesa pel recurs adient, sinó que, majoritàriament, en tots els centres, tant de salut mental com d'addiccions, s'hi poden trobar persones usuàries que tenen recorregut tant en una xarxa com en l'altra (González, 2020). És per això que la intervenció amb pacients diagnosticats de patologia dual pot requerir més recursos dels previstos inicialment i pot acabar amb l'abandonament voluntari o el cessament del tractament.

En aquest sentit, als següents punts, queden desglossades les dues xarxes per separat, per d'aquesta manera, culminar amb els diferents models de tractament de la patologia dual.

2.1.1. SALUT MENTAL

Abans d'endinsar-nos en les diferents definicions del concepte de salut mental, hem de clarificar el terme "salut" com a base prèvia a la salut mental. L'Organització Mundial de la Salut (1946) defineix la salut com "l'estat de benestar físic, mental i social complet, no només l'absència d'afeccions o trastorns".

Per altra banda, descriu la salut mental com:

L'estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat. (OMS, 1946).

Per tant, si combinem la salut i la salut mental, veiem que la salut mental està estretament lligada amb la promoció del benestar físic, mental i social; i la prevenció, el tractament i la recuperació de les persones diagnosticades amb un problema de salut mental, i que en cap cas, tenir un problema de salut mental impedeix tenir un vida satisfactòria i plena.

D'acord amb la Carta d'Ottawa (1986), s'entén que les formes de viure i les condicions de vida de les persones es converteixen en determinants de la salut, de manera que la promoció de la salut consisteix en proporcionar les eines necessàries per millorar-la. Per poder arribar a aquest estat de benestar físic, mental i social, cada individu o grup ha de ser capaç d'identificar i fer les seves aspiracions, de satisfer les seves necessitats i de canviar o adaptar-e al medi ambient (Carta d'Ottawa, 1986).

Quan parlem de salut mental, però, pensem en els diferents trastorns i malalties mentals que existeixen. Una possible definició de trastorn mental és:

Una alteració de tipus emocional, cognitiu i/o del comportament en què queden afectats processos psicològics bàsics com l'emoció, la motivació, la cognició, la consciència, la conducta, la percepció, l'aprenentatge, el llenguatge, etc., i que dificulta a la persona la seva adaptació en l'entorn cultural i social. (IAS, 2017).

La diferència entre malaltia i trastorn mental rau en què el terme "trastorn mental" és més ampli que el de "malaltia mental" i s'aplica a qualsevol alteració genèrica de salut mental, sigui o no conseqüència d'una alteració somàtica coneguda. Els diagnòstics psiquiàtrics no són sempre diagnòstics de malaltia (Caballero, 2007).

Més enllà de les definicions més convencionals i teòriques, si revisem el significat de salut mental i de trastorn mental des d'una perspectiva més sociocultural trobem més complicat trobar una definició única o diferenciada.

Aquesta dificultat per definir la salut mental des d'una mirada sociocultural rau en diverses causes, de les quals la més significativa és que el significat es pot clarificar com a valoratiu. Això és degut a que les diferents avaluacions dels símptomes i processos afectius, cognitius i comportamentals que s'utilitzen per designar a una persona com a sana o malalta, varien segons les representacions socials i els paradigmes científics dominants en cada cultura i període de temps determinat (González de Pablo, 1993, citat a, Alvaro, s.d.). És a dir, que una persona no només depèn dels diagnòstics de les alteracions de la seva personalitat per a ser considerada una persona malalta, sinó que les actituds de la societat davant d'aquest tipus d'alteracions també són una peça clau. Per aquesta raó veiem la importància dels valors socials a l'hora de definir la salut o malaltia mental, ja que un mateix comportament pot ser considerat de forma diferent segons el context social. Aquesta forma d'entendre la salut mental i la malaltia mental, porten a sociòlegs com Goffman (1976) a definir la malaltia mental com una "incorrecció situacional".

Per tant, veiem que les definicions de salut mental i malaltia mental no només depenen dels diagnòstics dels problemes de tipus emocional, cognitiu i comportamental, sinó que les realitats simbòliques, construïdes culturalment i al llarg de la història també suposen un pes molt important per a la seva definició.

2.1.1.1. L'ESTIGMA EN LA SALUT MENTAL

L'estigma i l'autoestigma social suposen un gran problema per a les persones que pateixen un trastorn mental degut als prejudicis establerts de connotació negativa envers les persones amb un trastorn mental que agreugen la situació de les persones afectades.

Si fem un breu recorregut per al llarg de la història, podem veure les diferents representacions populars que s'han fet de la malaltia mental. Es poden agrupar en quatre fases: la primera considerava la malaltia mental com una possessió diabòlica o inspiració divina, la segona interpretava la malaltia mental com una desviació social, la tercera com una malaltia física i, la quarta, ja resulta una concepció basada en diferents models psicològics i sociogenètics (Alvaro, s.d.).

Una altra consideració que s'ha de tenir en compte i que ha influït en l'estigma és la falsa creença d'entendre un problema de salut mental com una persona mentalment malalta, quan no hi ha una relació directe entre ambdues coses, ja que una persona pot tenir problemes de salut mental i no estar mentalment malalta (Jahoda, 1980, citat a, Alvaro, s.d.).

Un estudi per determinar el significat psicològic de diferents conceptes relacionats amb la salut mental i el trastorn mental (Garcia i Andrade, 1994), va permetre observar que ja des de la infància es té una concepció clara i concreta d'aquests termes. Les respostes donades al significat de "salut mental" estaven relacionades amb els termes "sa", "equilibri", "benestar", "seny", entre d'altres, mentre que el significat de "trastorn mental" el definien amb els termes "boig", "desequilibri", "malalt", "incapacitat", entre d'altres. La comparació d'aquests dos conceptes ens permet veure la clara antonímia dels dos conceptes (sa-malalt, equilibri-desequilibri, seny-boig) així com també l'estigma que suposa tenir un trastorn mental.

L'estigma acaba suposant una barrera sociocultural per l'accés als serveis de salut mental privant, a aquelles persones amb trastorn mental, la possibilitat de ser ateses i incloses socialment, fet que acaba comportant la reducció de sol·licituds d'atenció als serveis de salut mental, l'escassa assignació de recursos, el procés sistèmic d'empobriment de les persones amb aquest diagnòstic, l'increment de possibilitats d'implicació en delictes i la invisibilització de la vulnerabilitat d'aquest perfil de persones (Campo-Arias et al., 2014).

Si ens mirem l'estigma en la salut mental des d'una perspectiva de gènere, veiem que les connotacions són encara més negatives. Hi ha una triple discriminació per ser dona, per tenir una discapacitat i per la imatge social estigmatitzada de la salut mental, anomenant aquest fenomen interseccionalitat (SMC, 2021).

Seguint l'estudi de Garcia i Andrade (1994), trobem que a les dones amb un trastorn mental se les denomina "vagues", "incapaces", "males mares", "descuidades", "histèriques", "sensibles" i "inferiors" (Álamo, s.d.). A través d'aquestes consideracions socials es pot remarcar que les dones amb problemes de salut mental porten una càrrega afegida de desigualtat i discriminació pel fet de ser dones.

Els factors socials i culturals juguen un paper essencial en el desenvolupament dels problemes de salut mental, on la influència d'aquests factors (variables socioculturals) es mostra diferent pel fet de ser home o dona en funció dels rols i patrons de conducta socialment imposats a cada sexe, on hi ha més prevalença en dones que en homes (Álamo, s.d.).

Un altre factor important a destacar és l'accés tardà als recursos de salut mental per part de les dones, on els rols socialment imposats a la dona com a mare o cuidadora de la llar, tenen un impacte en l'accés a aquests recursos, ja que es veuen més travades a quedar-se en el nucli familiar (Álamo, s.d.).

2.1.1.2. TRASTORN MENTAL

Fins ara, s'han provat diferents maneres i alternatives per agrupar els diferents trastorns mentals per categories o tipus. D'acord amb Gutiérrez et al. (2019), hi ha dos models principals per al diagnòstic dels trastorns mentals de l'edat adulta i de la infància i adolescència, dels quals en destaquen dos: el Manual de Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM) d'Estats Units i la Classificació Estadística Internacional de Malalties i Problemes relacionats amb la Salut (CIM o ICD en anglès) de l'OMS, el "sistema europeu", el que s'utilitza a Espanya.

Les principals diferències entre els dos models per al diagnòstic de trastorns mentals és que un dels requisits per al DSM-IV és que el pacient ha d'estar limitat pels símptomes, a diferència de l'ICD-10 que no consta cap criteri similar. A més a més, el sistema DSM-IV es centra en principis més psicopatològics, mentre que l'ICD-10 s'estructura més en base a la patogènia. En aquest sentit, l'ICD-10 permet codificar més tipus i subtipus i definir més especificacions que el DSM-IV (Gutiérrez et al., 2019).

Actualment hi ha el DSM-V, el qual inclou canvis respecte el model DSM-IV, associats a la organització dels trastorns dins del manual, on s'exposen en relació a la seva aparició en el cicle vital, és a dir, els trastorns del desenvolupament en primer lloc i els neurocognitius al final. S'ha suprimit el sistema d'avaluació multi-axial, donant lloc a l'emmarcament dels trastorns segons l'edat, sexe i característiques del desenvolupament del pacient (Fernando i Jaramillo, 2015).

A Catalunya, s'utilitza el CIM-10, la Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut, 10^a revisió, que és la traducció al català de la ICD-10. S'utilitza principalment per a la codificació de les causes de mort i de les malalties i els problemes relacionats amb la salut que s'atenen en centres d'atenció primària (CAP), d'urgències d'atenció primària (CUAP) i de salut laboral, entre d'altres (GenCat, 2017).

❖ COM ES DESENCADENA:

Les causes de les malalties mentals són múltiples, i en alguns casos desconegudes. Factors com alteracions en la química del cervell, la predisposició genètica, factors ambientals, factors culturals, consum de substàncies, entre altres, influeixen en l'aparició del trastorn. Per tant, no acostuma a haver-hi només un factor, sinó que per norma general, hi ha d'haver una combinació entre factors genètics, de l'entorn social i experiències viscudes, encara que no es coneix en quin grau impacta cada factor, ja que també dependrà de cada persona (IAS, 2017).

La majoria de trastorns mentals se solen iniciar a l'adolescència i la joventut després de patir alguna situació traumàtica, ja sigui la mort d'una persona propera, perdre una feina, entre molts altres motius. Encara que la predisposició genètica jugui un paper molt important alhora de tenir més predisposició de patir un trastorn mental, els següents factors, també en són desencadenants:

- L'estrès.
- L'abús de substàncies: farmacològiques, alcohol o altres drogues.
- Mals hàbits alimentaris i saludables.
- Situació familiar inestable o disfuncional.
- Situacions d'exclusió social i vulnerabilitat.
- Situacions d'abusos i agressions.
- Situacions sobrevingudes o inesperades.
- Expectatives.

Per tant, veiem que totes les persones poden patir algun tipus de trastorn mental en algun moment de la seva vida, però que no treu el fet que no es pugui dur una vida com la resta, plena i normalitzada.

2.1.1.3. LA SALUT MENTAL EN XIFRES

❖ LA SALUT MENTAL ABANS DE LA PANDÈMIA:

Segons dades publicades per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), els problemes de salut mental esdevindran la causa principal de discapacitat al món l'any 2030.

A nivell mundial, segons dades extretes de l'OMS, presentades a la Confederación Salud Mental España (2019), una de cada quatre persones tindrà un trastorn mental al llarg de la seva vida i un 1% de la població desenvoluparà alguna forma d'esquizofrènia. El 50% de totes les persones que desenvoluparan un problema de salut mental el

començaran a experimentar abans dels 15 anys, i el 75% abans dels 18. Trobem, doncs, que 450 milions de persones es veuen afectades per un problema de salut mental que dificulta greument la seva vida, i de totes aquestes, entre el 35% i el 50% no reben cap tractament o no és l'adequat.

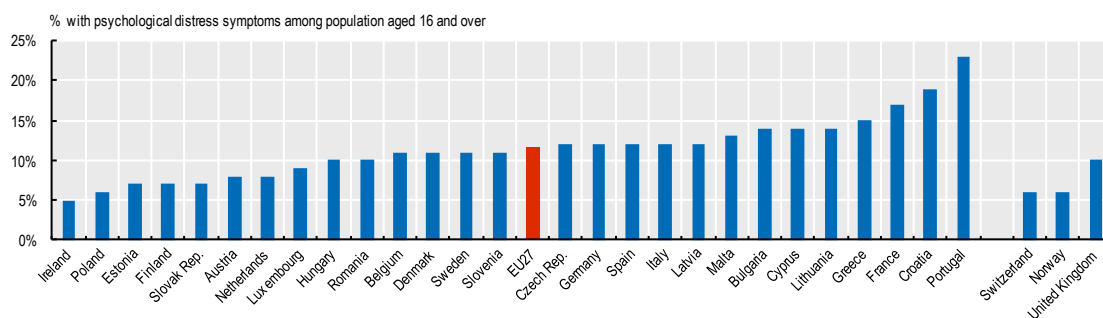
La depressió, el problema de salut mental més comú, ha augmentat un 18'4% entre el 2005 i el 2015, sumant més de 300 milions de persones amb aquest diagnòstic.

En comparació amb altres dades estadístiques, trobem que els trastorns mentals representen un 12'5% de tots els problemes de salut, superant les xifres del càncer i dels problemes cardiovasculars.

Finalment, el suïcidi se'ns presenta com a segona causa de mort en joves de 15 a 29 anys, on prop de 800.000 persones se suïciden cada any.

A nivell europeu, segons Health at a Glance (2020), l'any 2018, 1 de cada 9 persones adultes (11%) de mitjana segons tots els països de la Unió Europea, tenien símptomes d'algun trastorn mental (Gràfic 1). La prevalença oscil·la entre un 5% a Irlanda i Polònia, i un 20% a Croàcia i Portugal. Les dades presentades són una aproximació del percentatge de problemes de salut mental a Europa, però no s'han tingut en compte altres factors que hagin pogut influir com les diferències culturals, entre altres.

Figura 1: Prevalença dels símptomes de trastorn mental (2018).



Font: OCDE, 2020.

A escala nacional, segons dades presentades a la Confederación Salud Mental España (2019), el 6'7% de la població espanyola està afectada per l'ansietat, exactament la mateixa xifra que la de persones amb depressió. En totes dues, més del doble són dones (9'2%), tenint en compte que els homes representen un 4%. De forma general, el 9% de la població té algun tipus de problema de salut mental i el 25% en tindrà en algun moment de la seva vida. Pel que fa als trastorns mentals greus, entre el 2'5% i el 3% de la població adulta en tenen algun de diagnosticat, el que suposa en xifres, més d'un milió de persones de tot l'estat. Una altra xifra significativa mostra que 2 milions de joves de 15 a 29 anys (30%) han patit símptomes d'algun trastorn mental en l'últim any.

Dades presentades a la mateixa Confederación Salud Mental España (2019), mostren algunes de les causes i/o factors que condicionen el fet de patir un trastorn mental. Algunes d'aquestes dades manifesten que entre l'11% i el 27% dels problemes de salut mental es poden atribuir a les condicions de treball i que 8 de cada 10 persones amb problemes de salut mental no tenen feina (82%).

Mostrades aquestes xifres, trobem que el 88% de les tasques d'atenció i suport les fan cuidadors informals com la família, amics, entre d'altres, ja que més de la meitat de les persones amb trastorn mental que necessiten tractament no el reben, i un percentatge significatiu no rep l'adequat.

A Catalunya, segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya del 2019 (Schiaffino, A. i Medina, A., 2020), més d'una quarta part de la població a partir de 15 anys té malestar emocional, concretament, un de cada cinc homes (22,2%) i una de cada tres dones (30,1%). El percentatge de població amb malestar emocional tendeix a augmentar fins al 2016, i a partir de llavors, sembla que es manté estable fins al 2019.

Pel que fa a la depressió, el 7,2% de la població de 15 anys i més pateix depressió major o depressió major severa (4,7% dels homes i 9,6% de les dones). El percentatge de població amb depressió major o depressió major severa es manté estable des del 2017. Tot i que s'observa una tendència minuciosa a disminuir en les dones i a augmentar en els homes, no és rellevant entre els anys 2018 i 2019.

Tots els percentatges augmenten amb l'edat i amb les persones que pertanyen a la classe social més desfavorida, així com també en les persones amb un nivell d'estudis més baix. Per altra banda, les dones, a diferència dels homes, tenen un percentatge més alt en totes les variables.

❖ LA SALUT MENTAL DESPRÉS DE LA PANDÈMIA:

La salut mental és una de les àrees menys cobertes per la salut pública. Un comunicat presentat a Ginebra (OMS, 2020) va exposar unes dades molt alarmants, on vora 1.000 milions de persones viuen amb un trastorn mental, 3 milions de persones moren cada any per abús d'alcohol i una persones es suïcida cada 40 segons. Ara, arrel de la pandèmia de la Covid-19, la magnitud de les dades en problemes de salut mental (una de les principals causes de patiment i discapacitat a Europa), ha crescut exponencialment. Segons l'informe "Salud mental y Covid-19: Un año de pandemia" de la Confederación Salud Mental España (2021), trobem les següents dades:

Estudis a nivell mundial, mostren que les persones que han superat la malaltia de la Covid-19, tenen un major risc de patir seqüeles a nivell de salut mental, ja que una de cada cinc persones, ha patit per primera vegada ansietat, depressió o insomni (Taquet, 2020), mentre que els pensaments suïcides també han augmentat entre un 8% i un 10%, sobretot en joves (entre un 12'5% i un 14'3%) (O'Connor, 2020). Per altra banda, la salut mental de les persones que viuen situacions socioeconòmiques adverses i més desfavorables ha empitjorat, així com també la de persones amb patologia de salut mental prèvia (O'Connor, 2020).

En termes de la població europea en general, s'ha observat un increment significatiu en els nivells d'ansietat i estrès, on al voltant d'un terç de les persones adultes i la meitat de les persones joves, pateixen nivells d'angoixa.

Els grups que s'han vist més perjudicats a causa de l'accés limitat als serveis de salut mental, la disminució del contacte social o una activitat econòmica restringida, són les persones emigrants i refugiades, les persones sense sostre, els infants i adolescents sense escolaritzar, les persones en situació recent d'atur, persones grans confinades al seu domicili, persones amb problemes de salut mental preexistents i discapacitats psicossocials, cognitives o intel·lectuals.

A nivell estatal, el 46% de la població va manifestar un augment del malestar psicològic durant el confinament, i un 44% afirma que ha disminuït el seu optimisme i confiança (Balluerka Lasa, 2020).

Segons el Centre d'Investigacions Sociològiques (CIS, 2021), des de l'inici de la pandèmia, un 6'4% de la població va assistir a un professional de la salut mental (43'7% per ansietat i 35'5% per depressió) on més de la meitat de les persones eren dones.

Un 15'8% de les persones han tingut algun atac de pànic o ansietat (22% població femenina). Aquests atacs d'ansietat han canviat la rutina del 66'7% de les persones, és a dir, un 10'5% de la població (14'8% de la població femenina) (CIS, 2021) i un 41'9% de les persones han tingut problemes de son (33'4% homes i 50'2% dones).

De totes aquestes persones, un 5'8% de la població ha rebut un tractament psicofarmacològic (58'7% ansiolítics i 41'3% antidepressius). Un 68'7% els ha pres durant més de 3 mesos i un 77'1% els segueix prenent (CIS, 2021).

En totes les dades mostrades, variables com l'estatus social ha jugat un paper molt important en la salut mental, ja que els percentatges de problemes de salut mental esdevenen quasi el doble en famílies més desfavorides que en les de classe més favorable.

Durant el confinament, doncs, els trastorns de salut mental es van veure agreujats i en augment a causa de la situació que es va viure, on segons el CIS6, més del 50% de la població ha sentit algun tipus de tristesa o ansietat, i a dia d'avui, es segueixen arrossegant seqüeles del moment, amb els percentatges de salut mental elevats.

A nivell autonòmic, segons els resultats de l'ESCA 2020 (Schiaffino, A. i Medina, A., 2021), pràcticament un quart de la població major de 15 anys té malestar emocional, un de cada cinc homes (17'3%) i una de cada tres dones (32%). Comparant les dades mostrades anteriorment de l'any precedent, veiem que el percentatge en les dones augmenta i que el percentatge en els homes disminueix considerablement.

Per altra banda, el 10'6% de la població major de 15 anys pateix depressió major o depressió major severa (7'4% els homes i 13'7% les dones). Comparant les dades amb l'any anterior, hi ha un augment molt significatiu en els percentatges, accentuant-se en el cas de les dones, on ha augmentat un 4'1%.

Tots els percentatges augmenten amb l'edat i amb les persones que pertanyen a la classe social més desfavorida, així com també en les persones amb un nivell d'estudis més baix. Per altra banda, les dones, a diferència dels homes, tenen un percentatge més alt en totes les variables. En relació a l'any 2019, la majoria de percentatges de les diferents variables es veuen incrementats a causa de la pandèmia.

2.1.2. ADDICCIONS

Tal i com s'ha mencionat anteriorment, les addiccions són considerades com un trastorn mental, específicament, es denomina trastorn per ús de substàncies.

El fenomen de les drogodependències és molt antic, encara que la finalitat del consum ha anat canviant al llarg de la història.

Un breu recorregut de l'ús de substàncies al llarg del temps el podem trobar amb el peiot, un al·lucinogen que feien servir els nadius dels pobles de Mèxic per comunicar-se amb els Déus, així com també l'utilitzaven els guerrers en altes dosis com a euforitzant. És per això que després d'una guerra sorgien molts morfinòmans, ja que la morfina s'utilitzava per apaivagar el sofriment dels soldats ferits de la guerra. Les amfetamines es van començar a utilitzar a la 2a Guerra Mundial, on les tropes paracaigudistes alemanyes les feien servir per lluitar al màxim rendiment possible contra les tropes enemigues (Martí, s.d.).

No és fins al segle XVIII, on a Europa es comença a utilitzar el consum de drogues com una forma de plaer, i a Catalunya comença a prendre importància el consum de substàncies a finals dels anys setanta amb els derivats del cànnabis i l'heroïna (Martí, s.d.). A partir dels anys 2000, després del consum massiu d'heroïna i totes les seves conseqüències en les dècades del vuitanta i noranta, s'inverteix la droga principal, la qual passa a ser l'alcohol i, posteriorment, la cocaïna.

Si definim el concepte de droga, ens trobem que l'OMS (1969) la defineix com "tota substància que, introduïda en un organisme viu, pugui modificar una o varies de les seves funcions". Aquesta definició acaba sent inexacta, ja que engloba fàrmacs amb prescripció mèdica, substàncies psicoactives, plantes i substàncies químiques o tòxiques per l'organisme. D'aquesta manera, el concepte de droga ve a ser un sinònim de fàrmac.

És per això que, el 1982, l'OMS delimita les substàncies que produeixen dependència i les denomina com a droga d'abús, definida com una "substància d'ús no mèdic amb efectes psicoactius (capaç de produir canvis en la percepció, l'estat d'ànim, la consciència i el comportament) i susceptible de ser autoadministrada" (Lorenzo i Martín del Moral, 2009). Actualment, molts autors han substituït el concepte de droga per substància psicoactiva.

El concepte d'addicció és usat des de fa molt temps. Fa referència a una malaltia mental que respon a una acció compulsiva per consumir o tenir allò que la persona desitja (Bequir, 2020).

L'OMS defineix la drogodependència com un

Estat d'intoxicació periòdica o crònica produïda per el consum repetit d'una droga natural o sintètica i caracteritzat per: desig dominant per continuar prenent la droga i obtenir-la per qualsevol mitjà; tendència a incrementar la dosis; dependència física i, generalment, psicològica, amb síndrome d'abstinència per retirada de la droga; efectes nocius per l'individu i per la societat (OMS, 1964, citat a Lorenzo i Martín del Moral, 2009, p. 5).

Més enllà de les definicions més convencionals i teòriques, si revisem l'addicció des d'un context sociocultural podem veure una altra perspectiva del "problema de la droga". Aquest fenomen és molt complex, ja que hi ha implicades des de la dimensió mèdica, fins la sociològica, cultural, antropològica, ideològica, de política mundial, entre altres. A la majoria de països hi conviuen drogues que estan acceptades socialment, on la seva producció, venda i consum estan legalment permesos, juntament amb drogues il·legals (Lorenzo i Martín del Moral, 2009). El consum del tabac i l'alcohol, per exemple, a Espanya, no només està permès, sinó que està socialment acceptat, on es fomenta a través de la publicitat o la reproducció de pel·lícules que se'n fa d'aquests productes, encara que la publicitat directa del tabac estigui prohibida des del 2005 (Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo) i la de l'alcohol de més de 20º des del 1988 (Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad).

El consum de substàncies és un problema que s'ha d'abordar des de la perspectiva cultural, entenent-la com els patrons i les creences, costums i formes de vida d'un grup social (Berruecos, 2010). Es poden distingir dos tipus de societats: les tradicionals i les urbanes. En les primeres, caracteritzades per ser societats menys desenvolupades tecnològicament, no tenen la costum de consumir, i si ho fan, és dins d'un marc religiós en un context ritual i ocasional, en canvi, les societats més desenvolupades, ja no es consumeix dins d'un marc religiós, sinó per plaer, que ha acabat esdevenint un problema de salut pública, estretament lligat a la criminalitat, la delinqüència i altres problemes que afecten a la societat en general (Berruecos, 2010). Les drogues s'utilitzen per diferents fins: des de cohesionar les persones, fins a separar-les; solidifiquen relacions socials; s'utilitzen per evadir-se de la realitat o per aproximar-se a un Déu. Les finalitats del consum són variades, passant per contextos formals on consumir (per exemple, alcohol a esdeveniments) està socialment acceptat fins a contextos marginals (Berruecos, 2010).

2.1.2.1. L'ESTIGMA EN EL CONSUM DE DROGUES

L'estigma i l'autoestigma suposen un gran problema per a les persones que tenen una addicció degut als prejudicis establerts de connotació negativa arrelats a la societat els quals agreugen la situació de les persones consumidores.

L'autoestigma o amagar el problema d'addicció per part de la persona consumidora per les connotacions negatives que la mateixa persona s'imposa comporta el seu aïllament, mentre que l'estigma social alimenta l'autoestigma, on hi ha un desconeixement per part de la població, la qual segueix catalogant a una persona amb un problema d'addicció com un vici escollit (Pascual i Pascual, 2017).

Segons el sociòleg Javier Rubio, el procés de construcció d'un estigma sempre és arbitrari, cultural, utilitzant-se per censurar a totes aquelles persones que es desvien del que està socialment acceptat o no des d'una visió social i cultural (Rubio, 2001, citat a Pascual i Pascual, 2017).

Per tant, el procés d'estigmatització d'una persona drogodependent el converteix en una persona vulnerable, on se'l defineix socialment comparant-lo amb persones no consumidores, de manera que això acaba definint la seva posició social, com una persona diferent i inferior (Pascual i Pascual, 2017). A aquest estigma se li ha de sumar, a més a més, la degradació que genera el propi consum o addicció, deteriorant el seu entorn social, laboral i personal (Rubio, 2001, citat a, Pascual i Pascual 2017).

El consum de substàncies psicoactives comporta que la persona consumidora adopti conductes socialment no acceptades i que desenvolupi alguna malaltia o trastorn (tant pot ser física o psíquica) que les acabi allunyant de la societat (Pascual i Pascual, 2017).

Al llarg dels anys s'han atorgat diferents termes per a qualificar aquestes persones, des de vicioses, passotes o delinqüents, sense tenir en compte, que una persona addicta, ha perdut el control sobre els seus actes per la necessitat severa de consumir per la pròpia addicció a la substància psicoactiva (Pascual i Pascual, 2017).

Robin Room (2005) afegeix que degut a l'estigma que pateixen les persones drogodependents, aquelles de les quals es troben en un procés de tractament, són també marginades amb freqüència i de forma desmesurada, posant èmfasi en que afecta en els resultats del procés terapèutic de forma negativa.

Si mirem l'estigma de les addiccions des d'una perspectiva de gènere podem veure que hi juguen altres factors, els quals s'expliquen a continuació, que acaben esdevenint en

connotacions encara més negatives a diferència dels homes, on la interseccionalitat pren un paper important.

En aquest sentit, encara que a partir de la dècada del 1960 hi ha canvis socials que afavoreixen les condicions de les dones i canvien factors de la identitat de gènere tradicional, fent que les dones puguin accedir al consum d'algunes drogues amb més llibertat i menys rebuig social, hi segueix havent una càrrega emocional de disgust i "por al públic" entre les dones que consumeixen drogues. És una forma d'escarmentar-les, de crear encara més estigma entre les dones consumidores, pel seu rol encara viu a la societat, com a dona dependent i mare cuidadora (Escudero, 2019). En aquest sentit, no només es considera a la dona com una persona desviada per el consum de drogues, sinó també per no emmotllar-se a la definició social establerta del que ha de ser una bona dona amb un comportament femení (Avilés, 2006, citat a, Escudero, 2019). És per això que la dona consumidora és sancionada de forma més dura que els homes, per el pes dels estereotips sexistes i els valors associats en aquesta construcció social de la imatge de dona amb autocontrol, cuidadora o decent (Jiménez i Guzmán, 2012).

L'ús de les drogues està condicionat, doncs, per les normes de gènere i els models de feminitat i masculinitat, els quals han anat definint la seva acceptabilitat social i les conductes adequades o no adequades per a cada sexe (Jiménez i Guzmán, 2012). Aquesta mateixa acceptabilitat social també va lligada amb l'ús determinat d'un tipus de droga o altra segons el sexe, on per exemple, l'ús de psicofàrmacs està socialment més acceptat en les dones.

2.1.2.2. ÚS, HÀBIT, ABÚS I DEPENDÈNCIA

Una vegada definits els termes, cal delimitar els conceptes ús, hàbit, abús i dependència, que tal i com hem vist abans, alguns depenen de factors socials per a considerar-los, per exemple, abús o no.

L'ús d'una substància no té cap relació amb la dimensió clínica o social, ja que es defineix com a consum d'una substància sense que es produeixin efectes mèdics, socials, familiars, etc. (Lorenzo i Martín del Moral, 2009). Per tant, el podem entendre com un consum esporàdic sense dependència o tolerància.

L'hàbit ve a ser la costum de consumir una substància per haver-nos adaptat als seus efectes. Aquí ja existeix un desig de consum, encara que sense ser sever, ja que no es detecta cap alteració conductual, ni trastorns físics o psicològics si no s'aconsegueix la substància (Lorenzo i Martín del Moral, 2009).

L'abús es definiria com l'ús inadequat de la substància per la quantitat, freqüència i finalitat, és a dir, un consum nociu per a la persona que perjudica la seva salut física, mental o el seu benestar social (Lorenzo i Martín del Moral, 2009). També pot perjudicar el benestar de les persones que el rodegen o inclús la societat.

L'abús és una circumstància de risc evolutiu on el següent grau és la dependència, definida com a "síndrome caracteritzat per un esquema de comportament en el que s'estableix una gran prioritat per a l'ús d'una o varies substàncies psicoactives determinades, davant d'altres comportaments considerats habitualment més importants" (OMS, 1982, citat a, Lorenzo i Martín del Moral, 2009, p. 5).

La dependència, doncs, acaba portant a una pèrdua total de la llibertat, on la persona consumidora es troba totalment controlada per la substància (Lorenzo i Martín del Moral, 2009). Existeixen dos tipus de dependència: la física, caracteritzada per la necessitat de mantenir uns nivells determinats de droga a l'organisme; i la psicològica, caracteritzada per el desig compulsiu de consumir per obtenir la vivència dels efectes de la droga o per evitar el malestar que sent quan no va consumit. Actualment, s'ha sumat un altre tipus de dependència, la social, caracteritzada per la necessitat de consumir com a senyal de pertinença a un grup social (Lorenzo i Martín del Moral, 2009).

❖ **COM ES DESENCADENA:**

Les causes de les addiccions són múltiples, ja que hi entren en joc molts factors i variables diverses. En general, quants més factors de risc tingui una persona, més probabilitat hi ha que el consum de drogues esdevingui en abús i addicció. També s'han de tenir en compte els factors de protecció que redueixen el risc de la persona en el desenvolupament d'una addicció (Salut i Més, 2015).

Els adolescents i les persones amb trastorns mentals tenen major risc d'abús i, posteriorment, d'addicció a les drogues, que la població en general (Salut i Més, 2015).

Com comença el consum de drogues?

Les persones poden iniciar el seu consum per diverses raons: per curiositat o perquè els altres ho fan, per calmar símptomes (com poden ser l'ansietat, depressió, etc.), per aconseguir millor eficiència, per sentir-se bé o per pur plaer (Salut i Més, 2015).

La vulnerabilitat que determina la transició d'una persona que consumeix esporàdicament a una persona amb una addicció a les drogues depèn de tres tipus de factors: farmacològics, genètics i ambientals (Pineda i Torrecilla, 1999).

Per tant, mentre l'ús inicial de la droga té un caràcter voluntari, l'estat addictiu és la conseqüència de canvis cerebrals que es repeteixen en cada episodi de consum i que, finalment produeixen unes modificacions que perduren en el temps i acaba apareixent l'addicció (Pineda i Torrecilla, 1999).

2.1.2.3. LES ADDICCIONS EN XIFRES

❖ LA COVID-19 I EL CONSUM DE DROGUES A EUROPA:

EMCDDA o OEDT (2021) va posar a disposició de la població europea uns qüestionaris "online" referents al consum de drogues durant la pandèmia de la COVID-19.

La informació que se'n va extreure mostra una reducció del consum de drogues durant el confinament estricte, que va pujar ràpidament a mesura que es van anar traient les mesures. Cal destacar que hi va haver un canvi en el tipus de drogues que es consumia, on es van deixar més de banda les drogues relacionades amb les activitats recreatives, com el MDMA, fent créixer exponencialment, el consum de drogues domèstiques.

Les dades de l'enquesta també van mostrar que les persones consumidores van augmentar el consum d'alcohol, així com també el consum de substàncies psicodèliques, com el LSD, el 2-CB i fàrmacs dissociatius com la Ketamina. El consum de benzodiazepines també ha augmentat (OEDT, 2021).

Les persones consumidores de manera ocasional abans de la COVID-19 podrien haver reduït el consum o inclús haver deixat de consumir durant la pandèmia, i, per contra, les persones consumidores habituals, podrien haver augmentat el consum (OEDT, 2021). Totes aquestes dades són molt noves, de manera que són resultats preliminars, els quals requereixen d'una investigació posterior per a fonamentar-ho.

Les últimes dades sobre el consum de drogues a Europa fins a finals del 2020 engloba un ampli ventall de consum de substàncies. El policonsum és molt habitual entre les persones que usen drogues, encara que resulta molt difícil quantificar-ho ja que hi ha des de persones amb un consum experimental fins a regular i dependent.

S'estima que un 28'9% (83'4 milions) de les persones entre 15 i 64 anys de la UE han consumit drogues en algun moment de la seva vida, accentuant que 50'6 milions són homes, davant de 32'8 milions de dones. El cànnabis és la droga il·legal més consumida, on la seva prevalença és quasi cinc vegades més que la resta de substàncies (47'6 milions d'homes i 30'9 milions de dones).

El consum de drogues en l'últim any es concentra principalment en el col·lectiu d'adults joves (persones de 15 a 34 anys) on s'estima que el 16'9% han consumit drogues l'últim any. Si ho diferenciem per sexes, veiem que el percentatge d'homes quasi duplica el de dones, sent un 21'6% els homes davant d'un 12'1% de dones.

Generalment, el consum de drogues il·legals és més elevat entre els homes, i en el consum més intens o regular encara s'accentua més aquesta diferència.

❖ CONSUM A ESPANYA:

OEDA (2021) realitza cada dos anys "*El Programa de Encuestas sobre alcohol y otras drogas en España*" (EDADES) el qual està dirigit per la Delegació del Govern per el Plan Nacional Sobre Drogas i compta amb la col·laboració de les comunitats autònomes. Es recullen dades des del 1995, de manera que permet analitzar l'evolució de les prevalences de consum d'alcohol i altres drogues, a més a més de treure informació sobre altres aspectes com el consum segons el gènere, la percepció de risc de la població, el perfil dels consumidors, entre altres.

D'aquesta manera, l'edició 2019/2020 de l'enquesta EDADES amb una mostra de població de 15 a 64 anys, que va ser aturada pel començament de la Covid-19, mostra les següents dades més rellevants de prevalença de consum de drogues:

El 93% de la població ha consumit begudes alcohòliques alguna vegada a la vida, de manera que l'alcohol esdevé la substància amb major prevalença de consum. El tabac és la segona substància més consumida, on el 70% ha fumats alguna vegada. Els hipnosedants amb o sense recepta han sigut consumits alguna vegada pel 22'5% de la població.

Pel que fa a drogues il·legals, el cànnabis es situa en primera posició amb un 37'5% de prevalença de consum alguna vegada. La cocaïna ha sigut consumida per un 11'2% de la població algun cop a la vida.

Respecte al consum en els últims 12 mesos, el 77'2% de la població ha consumit alcohol, el 39'4% tabac i el 12% hipnosedants. El consum de cànnabis és d'un 10'5%, la cocaïna en pols està pels voltants del 2% i la resta de drogues il·legals es troben per sota de l'1%.

El consum dels últims 30 dies de les persones enquestades, l'alcohol mostra un percentatge del 63%, el tabac del 36'8% i els hipnosedants d'un 8'6%. El consum de drogues il·legals com el cànnabis suposa un 8%.

Per últim, el consum diari en els últims 30 dies, l'alcohol es situa en segona posició amb un 8'8%, mentre que el tabac puja a primera posició amb un 32'3%. Els hipnosedants arriben al 6'4% i el cànnabis al 2'9%.

A la següent taula es mostra la comparació de prevalences de consum de substàncies psicoactives respecte l'any 2017 segons el consum diari, el consum en els últims 30 dies, el consum en els últims 12 mesos i el consum d'alguna vegada a la vida:

Taula 1: Prevalença de consum de substàncies psicoactives en la població de 15-64 anys (%).
Espanya, 2017-2019/2020.

	Alguna vegada a la vida		Els últims 12 mesos		Els últims 30 dies		Consum diari	
	2017	2019	2017	2019	2017	2019	2017	2019
Tabac	69,7	70,0	40,9	39,4	38,8	36,8	34,0	32,3
Alcohol	91,2	93,0	75,2	77,2	62,7	63,0	7,4	8,8
Hipnosedants amb o sense recepta	20,8	22,5	11,1	12,0	7,5	8,6	5,9	6,4
Hipnosedants sense recepta	3,0	3,1	1,3	1,3	0,7	0,5	-	-
Cànnabis	35,2	37,5	11,0	10,5	9,1	8,0	2,1	2,9
Èxtasis	3,6	5,0	0,6	0,9	0,2	0,3	-	-
Al·lucinògens	4,5	5,5	0,4	0,6	0,1	0,2	-	-
Amfetamines/Speed	4,0	4,3	0,5	0,7	0,2	0,3	-	-
Cocaïna en pols i/o base	10,3	11,2	2,2	2,5	1,1	1,2	-	-
Cocaïna en pols	10,0	10,9	2,0	2,5	1,1	1,1	-	-
Cocaïna base	1,3	1,4	0,3	0,2	0,1	0,1	-	-
Bolets màgics	2,4	3,5	0,2	0,4	0,1	0,1	-	-
Metamfetamines	1,2	1,2	0,2	0,3	0,0	0,1	-	-
GHB	0,5	0,9	0,0	0,1	0,0	0,0	-	-
Heroïna	0,6	0,7	0,1	0,1	0,1	0,0	-	-
Inhalables volàtils	0,6	0,8	0,1	0,1	0,0	0,0	-	-

Font: Adaptat de OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) (2021).

Pel que fa a les dades mostrades a la taula anterior, podem veure que el percentatge de consum de les substàncies psicoactives alguna vegada a la vida, ha incrementat en totes les substàncies lleugerament, però de forma accentuada, el consum de cànnabis, 2'3 punts més respecte l'any 2017, seguidament de l'alcohol, els hipnosedants i l'èxtasi. L'alcohol, però, segueix sent la substància amb major prevalença de consum i el tabac com a segona substància més consumida.

Si analitzem els percentatges respecte el consum en els últims 12 mesos, veiem que les xifres d'alcohol segueixen incrementant, mentre que veiem un retrocés en el consum de cànnabis i sobretot de tabac, amb un 1'5 punts menys respecte el 2017. La resta de drogues es mantenen més o menys estables.

Acotant els percentatges sobre el consum en els últims 30 dies, veiem un clar descens del consum de tabac (36'8) respecte el 2017 (38'8). El consum d'hipnosedants també creix considerablement (1'1 punts més), i pel contrari, el cànnabis disminueix els mateixos punts.

Finalment, pel que fa al consum diari en els últims 30 dies, veiem un augment en el consum d'alcohol i hipnosedants, els quals fins el 2017 tendien a descendir. El cànnabis presenta el màxim percentatge des de l'inici de les enquestes, en canvi, veiem una disminució del consum de tabac respecte l'any 2017.

Policonsum:

Segons l'edició 2019/2020 de l'enquesta EDADES, durant els últims 12 mesos, un 40'4% de la població va consumir dues o més substàncies diferents, i un 44'7% de la població va consumir una sola substància psicoactiva. El 14'9% restant, fa referència a la població no consumidora.

Edat mitja d'inici de consum i diferències de consum per sexe:

Segons dades publicades per la mateixa enquesta anterior, mostren que el tabac i l'alcohol són les dues substàncies que es comencen a consumir més d'hora, als 16'6 anys aproximadament. Respecte les drogues il·legals, el cànnabis es comença a consumir com a edat mitjana als 18'5 anys. En canvi, els hipnosedants, no es comencen a consumir fins als 34'4 anys. L'edat mitja de consum de cocaïna és als 21'1 anys.

Pel que fa a l'edat mitja de l'inici en el consum de drogues en funció del sexe, els homes comencen a consumir abans que les dones, inclús en el cas dels hipnosedants, droga consumida majoritàriament per dones. En el cas dels homes, registren les majors

prevalences de consum en tots els tipus de substàncies psicoactives, exceptuant els hipnosedants, tal i com hem dit abans.

Les dades epidemiològiques disponibles posen en relleu que les dones consumeixen més psicofàrmacs, tabac i alcohol a diferència dels homes, així com també ha augmentat el consum de relaxants, sedants i esteroides en les dones, mentre que els homes, majoritàriament, consumeixen marihuana, opiacis, cocaïna, entre altres (Escudero, 2019).

❖ LES XIFRES A CATALUNYA:

Pel que fa a l'edat d'inici de consum d'alcohol, tabac i cànnabis, les dues primeres substàncies són les que es comencen a consumir més d'hora, essent als 16'5 i 16'7 anys, respectivament.

La prevalença de consum de begudes alcohòliques a Catalunya es troba semblant a la mitjana d'Espanya, amb una prevalença de consum del 92'5% alguna vegada a la vida, del 79'6% els últims 12 mesos i del 63% els últims 30 dies, sent aquesta última xifra, la mitjana nacional.

La prevalença de consum de tabac a Catalunya es troba tan sols un punt per sobre de la mitjana d'Espanya, amb una prevalença de consum de 33'4%, davant del 32'3% de la mitjana nacional.

Finalment, la prevalença de consum de cànnabis a Catalunya, es troba per sobre de la mitjana espanyola, essent la tercera comunitat autònoma amb més consum de cànnabis, amb un 10'9% davant del 8% de la mitjana d'Espanya.

Pel que fa al número de tractaments iniciats a la xarxa de drogodependències a Catalunya l'any 2020, un total d'11.353 persones van ser ateses en els diferents recursos de la XAD. D'aquest total, un 76'5% eren homes. Si ho diferenciem per grups d'edat, la franja de 35-49 anys ha sigut el grup de gent més atès. Per situació laboral, les persones que es troben a l'atur, superen amb diferència l'accés als recursos. Finalment, per nivell d'estudis, les persones que han obtingut fins l'EGB/ESO o menys, són les que han iniciat més tractaments, seguidament de les que tenen fins el títol de batxillerat (IDESCAT, 2021).

A la següent taula, es veuen especificats de forma més àmplia els tractaments iniciats per drogodependència a la XAD:

Taula 2: Tractament per drogodependències, 2020. Per tipus de droga, sexe, grups d'edat, situació laboral i nivell d'estudis.

	HEROÏNA	COCAÏNA	CÀNNABIS	TABAC	ALCOHOL	ALTRES*	TOTAL
PER SEXE	1.312	2.735	1.628	344	4.700	634	11.353
Homes	1.135	2.217	1.244	173	3.422	491	8.682
Dones	177	518	384	171	1.278	143	2.671
PER GRUPS D'EDAT	1.312	2.735	1.628	344	4.700	634	11.353
<14 anys	0	0	16	1	0	0	17
<19 anys	3	17	376	1	32	11	440
20-24 anys	33	152	307	5	125	40	662
25-29 anys	71	271	257	15	246	67	927
30-34 anys	171	440	251	12	381	89	1.344
35-39 anys	213	591	157	29	578	124	1.692
40-44 anys	298	601	121	47	723	108	1.898
45-49 anys	245	381	69	51	732	76	1.554
50-54 anys	168	175	41	60	699	56	1.199
55-59 anys	75	76	21	49	550	26	797
60 anys i +	33	31	12	74	634	37	821
Desconegut	2	0	0	0	0	0	2
SITUACIÓ LABORAL	1.312	2.735	1.628	344	4.700	634	11.353
Contracte indefinit o autònom	100	854	315	164	1.514	164	3.111
Contracte temporal	69	332	188	15	465	49	1.118
Feina sense sou	4	15	6	2	22	4	53
Sense experiència laboral	120	73	133	3	105	32	466
Atur	454	988	532	33	1.532	215	3.754
Incapacitat permanent o pensionista	157	270	84	113	780	101	1.505
Estudiant	1	16	282	2	26	13	340
Feines de la llar	3	3	5	0	22	6	39
Altres situacions	291	133	40	9	136	30	639
Desconegut	113	51	43	3	98	20	328
PER NIVELL D'ESTUDIS	1.312	2.735	1.628	344	4.700	634	11.353
No sap llegir o escriure	22	17	7	3	32	6	87

Fins 5è EGB o primària incompleta	245	227	106	29	389	58	1.054
Certificat escolar o primària	367	663	399	96	1.054	137	2.716
EGB o ESO	331	910	575	75	1.351	172	3.414
BUP, COU, FP o batxillerat	126	540	330	71	1.082	126	2.275
Altres titulacions**	28	86	46	14	113	15	302
Títol universitari grau mitjà	30	104	67	20	282	38	541
Títol universitari grau superior	18	78	49	29	251	54	479
Altres títols superiores	4	10	6	0	8	3	31
Desconegut	141	100	43	7	138	25	454

* Inclou opiacis diferents a l'heroïna, estimulants diferents a la cocaïna, hipnòtics i sedants, al·lucinògens, inhalables i altres substàncies psicoactives.

** Ensenyaments que requereixin el graduat escolar, l'ESO o equivalents.

Font: Departament de Salut, 2020, citat a, IDESCAT, 2021.

2.2. INSTITUCIONALITZACIÓ DEL TRACTAMENT DE LA PATOLOGIA DUAL

Fins ara hem vist a grosso modo el circuit d'atenció i de tractament de la salut mental i d'addiccions de forma separada. En aquest apartat, es defineixen els diferents recursos d'atenció a les persones diagnosticades de patologia dual com a conseqüència de la dificultat d'atendre a aquestes persones en recursos de salut mental o en recursos d'addiccions.

2.2.1. TEORIES I MODELS D'INTERVENCIÓ

Al llarg del temps han anat sorgint diferents models teòrics que mostren des de diferents enfocaments l'estudi científic de les addiccions. El primer és el model biomèdic, encara que presenta certes limitacions al només centrar l'addicció sota un model neurobiològic; en segon lloc trobem el model biopsicosocial, on s'integren variables psicològiques i de context; i, finalment, el model sociocultural, que a través de la investigació qualitativa en ciències socials, es focalitza en la importància de la cultura i el context social (Apud i Romaní, 2016).

El camp de la salut mental, en canvi, ha tingut un recorregut molt més llarg en quant a diferents concepcions, models i paradigmes diversos per a conceptualitzar-la: des de definir-se per les conductes i la seva possibilitat de condicionament (model conductual); per la xarxa neuronal cerebral unida per neurotransmissors sinàptics (neurobiologia); per la capacitat de processar i transformar la informació (model cognitiu); per forces inconscients que s'amaguen rere el Jo de raó (psicoanalítica); per els sistemes de comunicació (model sistèmic), entre altres, fins arribar al model biopsicosocial (Capellà, 2001).

La patologia dual s'atén des d'un enfocament biopsicosocial, on es tenen en compte les variables i aspectes biològics, psicològics i socials per a poder realitzar un abordatge integral. Per a diagnosticar-la s'utilitzen tres tipus d'instruments: les entrevistes diagnòstiques, els qüestionaris autoaplicats i els qüestionaris específics per a drogues concretes (Roncero i Casas, 2016).

Olivar (2005) remarca alguns dels problemes a l'hora d'implementar el plantejament biopsicosocial on, fins ara, hi havia una creença errònia sobre el fet d'abordar els aspectes biològics i psicològics per tal que aquests canvis, modifiquessin automàticament els de caràcter social. D'aquesta manera, no s'estava implementant el

model biopsicosocial, ja que no es tenia en compte la importància dels aspectes socials com un abordatge independent, sinó que depenia de l'abordatge biològic i psicològic. Funes (1991) ja ho considerava argumentant que,

En las drogodependencias, los aspectos sociales no son desligables de los otros problemas o dificultades que padece la persona. (...) Ni lo social es totalmente separable, ni su consideración y su abordaje son algo que pueda quedarse para el final. (Funes, 1991, citat a, Olivar 2005, p.182).

Per tractar la patologia dual s'utilitzen fàrmacs i teràpia psicològica. Un dels problemes que hi ha és que els fàrmacs no estan suficientment desenvolupats per a poder tractar simultàniament el trastorn mental i la dependència a les drogues, i, en ocasions, es sobre-medica als pacients (Roncero i Casas, 2016).

El principal problema, però, rau en el recurs per a tractar la patologia dual, ja que, tal i com s'ha dit abans, les xarxes de salut mental i addiccions estan separades. En aquest sentit, Roncero i Casas (2016), descriuen tres models d'intervenció de la patologia dual:

- ❖ Model seqüencial: primer es tracta un dels dos trastorns i, quan es té estabilitzat, es tracta el segon trastorn, per tant, el pacient entra en una xarxa i després és derivada a l'altra. A través d'aquest model es veuen els dos trastorns com a problemes independents en comptes d'influents mutus, de manera que això repercuteix en l'elevat percentatge de recaigudes.
- ❖ Model paral·lel: es tracten els dos trastorns a la vegada, però a les dues xarxes per separat, és a dir, el trastorn mental a un recurs de salut mental, i el trastorn per ús de substàncies en un recurs d'addiccions. Tal i com indica el nom, s'està tractant el pacient de forma paral·lela, de manera que entre professionals de les dues xarxes poden anar-se posant entrebancs i acabar sent contraproductiu.
- ❖ Model integrat: aquest model s'entén com el més efectiu per abordar la patologia dual, ja que l'objectiu principal és tractar-la a través de l'abordatge integral de la persona a través de les dues xarxes assistencials de forma conjunta. Actualment, s'han anat escalant esgraons per arribar a aconseguir implementar aquest model, però encara queda molt camí per fer.

2.2.2. SERVEIS I RECURSOS

2.2.2.1. ATENCIÓ A LES PERSONES AMB TRASTORN MENTAL

Tal i com s'ha comentat anteriorment, l'atenció a les persones amb malaltia mental ha anat evolucionant al llarg de la història per arribar a l'actual model biopsicosocial; el qual argumenta que els factors biològics, els psicològics (pensaments, emocions i conductes) i els factors socials, prenen un paper important en el context d'una malaltia mental. D'aquesta manera, aquest model té en compte totes les dimensions de la persona i es reafirma en la necessitat d'una intervenció personalitzada (Torres, s.d.).

Des d'aquesta perspectiva d'intervenció personalitzada, es troben professionals com el tècnic d'atenció a les persones en situació de dependència, que donen suport al malalt mental per aconseguir una millor qualitat de vida d'aquesta persona (Torres, s.d.).

Al llarg de la història, les persones amb alguna tipologia de trastorn mental han patit marginació i exclusió. Aquest fet ve donat per l'exclusió que patien totes aquelles persones que es consideraven diferents, que tenien problemes, que patien alguna malaltia, entre d'altres, de forma que se'ls apartava de la societat agrupant-les en institucions psiquiàtriques.

En aquest sentit, doncs, la intervenció professional que es realitzava amb les persones amb un patologia mental es basava en l'internament d'aquesta. Es tractava d'una intervenció íntegrament assistencial i molt medicalitzada (Torres, s.d.).

Fins l'any 1980 no es comença a canviar aquesta idea d'intervenció psiquiàtrica, quan sorgeix la intervenció des de la comunitat. Aquesta proposta d'intervenció des de la comunitat és possible gràcies als avenços farmacològics que faran que les persones amb diagnòstic mental greu puguin controlar tots aquells aspectes de la seva conducta que els descompensa, com per exemple, les alteracions del pensament, de la conducta, de l'estat anímic, les sensoperceptives i les neurocognitives (Torres, s.d.).

A partir d'aquest moment, es plantegen una sèrie de línies d'intervenció que canviaran totalment la perspectiva amb la qual es tractava la persona amb trastorn mental. Aquestes línies són encapçalades per l'atenció de les persones dins del seu àmbit comunitari, seguit de la potenciació dels recursos assistencials de tipus ambulatori, l'hospitalització parcial i l'atenció al domicili, tot sota el paraigües d'intentar reduir al màxim el tancament de la persona en una institució psiquiàtrica (Torres, s.d.).

Una vegada s'enfoquen aquestes línies d'intervenció, s'estableix el desenvolupament dels serveis de rehabilitació i reinserció social, els quals són necessaris per l'atenció integral de la persona, basat en el model biopsicosocial actual.

És en aquest moment quan els serveis sanitaris tenen la necessitat de coordinar-se amb serveis socials per a poder donar una resposta molt més efectiva i eficaç.

❖ **CIRCUIT D'ATENCIÓ A LES PERSONES AMB TRASTORN MENTAL:**

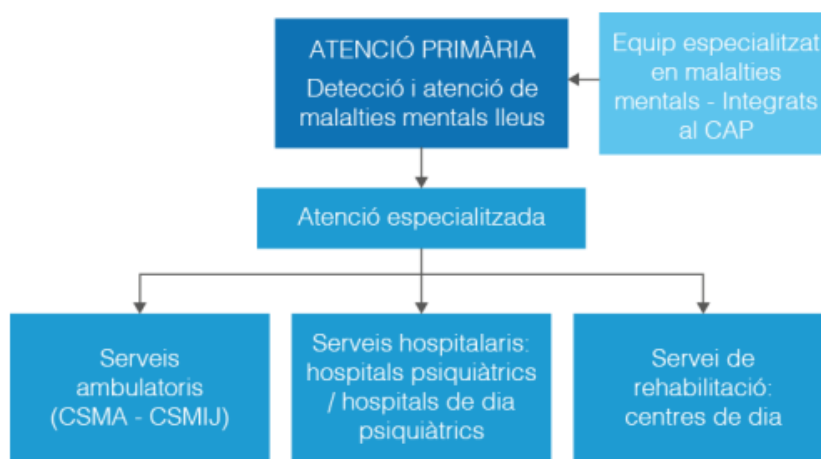
El circuit d'atenció a les persones amb trastorn mental comença al seu Centre d'Atenció Primària corresponent, on es fa la detecció i atenció de les malalties mentals lleus amb l'ajuda d'un equip especialitzat. En els casos on el pacient presenta símptomes d'un trastorn mental més greu, és derivat a l'atenció especialitzada, ja que el CAP no té les eines suficients per afrontar el cas (Torres, s.d.).

L'atenció especialitzada es divideix en tres tipus de serveis:

- Serveis ambulatoris: s'hi realitza tractament psicoterapèutic.
 - o CSMA: en el cas d'adults.
 - o CSMIJ: en el cas de menors d'edat.
- Serveis hospitalaris:
 - o Hospitals psiquiàtrics: en el cas que es necessiti l'ingrés hospitalari. En aquest recurs s'hi troben les unitats de crisi.
 - o Hospitals de dia psiquiàtrics: en el cas que no hi hagi la necessitat d'atenció les 24 hores del dia.
- Serveis de rehabilitació:
 - o Centres de dia.

Al següent esquema, podem veure sintetitzat el circuit d'atenció a les persones amb trastorn mental.

Figura 2: Circuit d'atenció a la persona amb trastorn mental.



Font: *Persones amb malaltia mental: Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència.* IOC. Torres, M. (s.d.).

El tractament que s'ofereix a les persones amb trastorn mental als diferents serveis és l'atenció psicoterapèutica per tal d'adquirir eines per interpretar la realitat d'una forma més racional i lògica, combinada amb el tractament farmacològic, en el cas que sigui necessari, per poder combatre els símptomes del trastorn mental, i la rehabilitació psicosocial desglossada en diferents àrees per ajudar a adquirir de nou habilitats i capacitats per dur una vida autònoma.

❖ RECURSOS PER A LES PERSONES AMB TRASTORN MENTAL:

Torres (s.d.) diferencia dos tipus de recursos: els recursos sanitaris i els recursos sociosanitaris i socials. Els primers, estan regulats per la Llei de Sanitat (Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat), mentre que els segons, estan regulats per la Llei de Serveis Socials (Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials).

Recursos sociosanitaris i socials:

La llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials, estructura el sistema públic de serveis socials en dos tipus: serveis socials bàsics i serveis socials especialitzats, especificat a l'article 15.

Els serveis socials especialitzats serveixen per atendre a les persones que necessiten una atenció més específica, unes tècniques especialitzades determinades, com és el cas de l'atenció a persones amb trastorns mentals.

Els diferents recursos els podem diferenciar entre serveis socio-sanitaris i serveis socials:

- **Serveis socio-sanitaris:** servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar, servei de residència assistida temporal i el servei d'habitatge, que es desglossa amb el servei de llar residència i el servei de llar amb suport.
- **Serveis socials:** servei de tutela, club social i el servei prelaboral.

Tots aquests serveis queden especificats a la Cartera de Serveis Socials de Catalunya, a les prestacions de serveis de la xarxa de serveis socials d'atenció pública.

Recursos sanitaris:

Els recursos sanitaris queden especificats al catàleg de serveis d'atenció a la salut mental i addiccions de la Generalitat de Catalunya, on ofereixen diferents tipus d'atenció: atenció ambulatoria, comunitari de rehabilitació, d'internament i d'atenció a les addiccions, segons les necessitats de cada persona (Torres, s.d.).

Tal i com s'ha especificat anteriorment, l'atenció primària als CAP és el primer contacte per detectar i atendre els problemes de salut mental més lleus. En el moment en què el servei del CAP no pot oferir una atenció adequada, es deriva a la persona als serveis especialitzats. Aquests serveis especialitzats són:

- Centres de salut mental: CSMA i CSMIJ.
- Hospital psiquiàtric: dins d'aquest servei s'hi troben les unitats de crisi.
- Hospital de dia psiquiàtric.
- Centres de dia de salut mental.

Tots aquests serveis formen part de la Cartera comuna bàsica, subvencionats de forma total per finançament públic (GenCat, 2020) i estan coberts per un equip interdisciplinari, format per professionals de la psiquiatria, la psicologia, el treball social, la infermeria, entre d'altres (Torres, s.d.).

2.2.2.2. ATENCIÓ I SERVEIS DE LA XARXA D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES

La Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) és la xarxa pública de Catalunya composta per diferents recursos especialitzats en l'atenció i el seguiment de problemes de consum, abús i dependència de substàncies psicoactives. Ofereix atenció socio-sanitària i comunitària (GenCat, 2017).

Al següent esquema, es pot veure la distribució dels diferents recursos que ofereix la XAD.

Figura 3: Recursos de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències.



Font: Generalitat de Catalunya, 2017.

Els CAS són els centres ambulatoris públics on atenen i tracten les addiccions. L'equip de professionals d'aquest recurs programa el procés terapèutic de cada usuari i s'engega tot el procés per a fer totes les derivacions corresponents segons cada pacient als diferents recursos que ofereix la XAD fins a la seva reinserció (GenCat, 2017).

Segons les necessitats de cada usuari, observades des d'una vessant biopsicosocial, se'l deriva als següents recursos segons convingui. A nivell funcional, la XAD queda estructurada en quatre nivells assistencials descrits per la coordinadora de comunitats terapèutiques, pisos de reinserció i centres de dia per a drogodependents de Catalunya (2010):

1. Atenció primària, sanitària i social: diagnòstic de la detecció precoç i de consumidors de risc.
2. Centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS): ofereixen tractament especialitzat en règim ambulatori (estan integrats per equips multidisciplinaris i dissenyen un programa de tractament que pot incloure la utilització d'altres dispositius especialitzats de la XAD).
3. Unitats hospitalàries de desintoxicació i Comunitats Terapèutiques.
4. Centres i programes de reinserció.

En aquest sentit, els diferents recursos existents dins dels quatre nivells, són els següents:

- Unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD)
- Comunitats terapèutiques

- Centres de dia
- Pisos de reinserció
- Unitats de patologia dual
- Unitats de crisi
- Serveis o centres de reducció de danys

Tots aquests serveis estan formats per equips multidisciplinaris per a poder atendre totes les necessitats que presenta l'usuari (GenCat, 2017).

❖ **LES COMUNITATS TERAPÈUTIQUES COM A UNITAT DE TRACTAMENT DINS EL PROCÉS DE RECUPERACIÓ DE LES DROGODEPENDÈNCIES:**

Aquest recurs sorgeix de les antigues granges que van passar a anomenar-se comunitats terapèutiques, gràcies a la creació de la Federació Catalana de Drogodependències (FCD) el 1985, amb l'objectiu de professionalitzar aquests centres (González, 2020).

Tal i com s'ha vist abans, formen part de la xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD). Són una forma de prestació de serveis de salut i de tractament, complementaris a la clínica tradicional, que intervenen en el procés terapèutic de rehabilitació de drogodependents quan es precisa una intervenció àmplia, intensiva, dilatada i integral sobre la conducta addictiva, sobre els problemes psico-socials, els hàbits emocionals i relacionals, i sobre els comportaments socials en què, per la seva magnitud i/o cronicitat, no és suficient el seu abordatge en règim ambulatori. Els usuaris que reben són derivats, majoritàriament, del CAS o del CSMA.

Per tant, a grans trets, podem definir una CT com un centre residencial de duració determinada i d'ingrés voluntari que exigeix la presència i la intervenció d'un equip tècnic multidisciplinar. La vida a la CT és un intent de reproduir la vida quotidiana real, la qual és la font d'un aprenentatge social. L'objectiu principal de la seva metodologia és ajudar a les persones residents a construir de forma racional un projecte de vida alternatiu fora de la CT. No són subjectes passius que reben ajuda dels professionals sinó que van adoptant progressivament diferents responsabilitats assumint rols, creant un entorn d'autoajuda dins el grup. Per tant, l'avaluació del procés de cada persona usuària és contínua (Comas, 2010).

Es tracta d'un recurs que es treballa des del model biopsicosocial, que és a la vegada sanitari, psicosocial i educatiu, ja que atén persones amb trastorn per ús de substàncies,

persones amb trastorns mentals juntament amb patologia d'abús, persones amb problemàtica judicial afegida, persones amb desajustos importants respecte el seu entorn social i/o respecte la seva pròpia imatge.

❖ INTERVENCIÓ DE LA PATOLOGIA DUAL:

Tal i com s'ha dit anteriorment, la intervenció amb pacients diagnosticats de patologia dual moltes vegades requereix de diferents recursos especialitzats, amb la conseqüència del possible abandonament voluntari o cessament del tractament per la dificultat d'atendre les dues patologies a la vegada en un mateix recurs per la separació de les dues xarxes assistencials de salut mental i d'addiccions.

És per això, que els recursos de drogodependències es reafirmen cada vegada més com a centres especialitzats en aquestes dues patologies. De la mateixa manera, als hospitals s'hi creen unitats de patologia dual específica (González, 2020).

És així com sorgeixen les unitats de patologia dual (UPD) el 2001 amb l'objectiu d'atendre casos de trastorns mentals comòrbids amb els derivats d'altres substàncies, de manera que les accions estan orientades i desenvolupades a realitzar una atenció integral de les dues patologies a nivell hospitalari, seguint el model integrat. D'aquesta manera es crea el centre de salut mental i addiccions (CSMIA) el 2012, essent la unió entre els dos serveis que donen suport de manera ambulatoria a pacients de centres de salut mental d'adults (CSMA) i de centres d'atenció i seguiment de drogodependents (CAS). Actualment podem trobar 6 UPD a tot Catalunya i 2 CSMIA (González, 2020).

Per l'escassetat, però, que hi segueix havent de recursos en l'atenció de patologia dual, els centres de drogodependències i de salut mental segueixen tenint molts casos de patologia dual als seus recursos, de manera que han hagut d'evolucionar i seguir atenent aquests pacients.

2.2.3. EQUIPS PROFESSIONALS

Els equips professionals han anat evolucionant al llarg de la història i han passat de la racionalitat tècnica (mecanicisme), on els professionals es formaven en tècniques concretes que aplicaven en situacions molt definides, a la racionalitat científica (complexitat), on el professional rep una formació global. El professional de la racionalitat científica, tal i com diuen Vilar, Riberas i Rosa (2014),

Vive la novedad y lo desconocido con naturalidad, porque el supuesto del que parte es que la realidad (los problemas y las soluciones que se les dan) siempre es una construcción que hay que elaborar a través de la investigación mediante la participación integrada de diversas disciplinas. (p. 136).

En aquest sentit, l'hermenèutica i el pensament sistèmic o de complexitat han posat en relleu la necessitat d'entendre la professionalitat com una cultura reflexiva-investigadora, on la figura del professional és reflexiu-creador, caracteritzat per ser crític i espontani per poder adaptar-se a qualsevol situació. Els problemes, a diferència del mecanicisme, s'atenen i es resolen de forma conjunta amb tots els professionals. Riberas i Vilar (2014) ho descriuen així:

El planteamiento reflexivo-creador parte de una mirada global y compleja de la realidad. Se trata de una concepción donde los fenómenos se entienden como el resultado de las interacciones que se dan entre los diferentes elementos que la configuran. Ya no se trata de una mirada causal y lineal sobre la realidad, sino de llegar a entender que la interacción de los elementos (...) da como resultado una nueva realidad compleja (...). Desde este punto de vista, la formación consiste en capacitar al profesional para crear conocimiento en un entorno complejo. (p. 133).

Abans d'entrar en els professionals que treballen en l'àmbit de les drogodependències i la salut mental, és convenient aclarir els següents termes, definint els diferents tipus d'equip professional segons Sevilla, K. (s.d.):

- ❖ Interdisciplinar: equip format per persones de diferents professions, on cada un aporta de forma independent la seva experiència, de manera que la coordinació entre professionals és merament informativa.
- ❖ Multidisciplinar: equip format per persones de diferents professions, on cada un aporta la seva experiència, però a diferència de l'anterior, cada una està vinculada amb l'experiència de les altres professions, per tant, els professionals realitzen intervencions conjuntes.
- ❖ Transdisciplinar: equip format per persones de diferents professions, on s'arriba a treballar amb coses alienes de la teva disciplina, és a dir, es transcendeixen coses entre disciplines i professionals, per arribar a l'objectiu comú.

En aquest sentit, els professionals de la salut mental i de l'àmbit de les addiccions està compost per un equip multidisciplinar, ja que és necessària la confluència de diversos

professionals per a poder realitzar l'abordatge integral segons el model biopsicosocial a cada pacient segons les seves necessitats.

Els equips professionals dels diferents recursos estan compostos per persones procedents de l'especialitat de psicologia, psiquiatria, infermeria, treball social, educació social, entre altres, tot i que pot ser variable depenent de cada recurs (GenCat, 2017).

Per a poder treballar dins d'un equip professional multidisciplinar de forma eficaç és important treballar en equip. Cal ressaltar la diferència entre treball de grup i treball en equip des del punt de vista d'un procés d'aprenentatge per motivar un canvi en les competències professionals per a la realització d'intervencions més eficaces i de qualitat (Rodríguez, 2010).

Un grup de treball és un conjunt de professionals que realitzen una mateixa tasca o similar sent autònoms, és a dir, no depenen de la feina dels altres professionals sinó que cadascú fa la seva feina i respon individualment. En canvi, el treball en equip respon en tot el seu conjunt la feina feta (Rodríguez, 2010).

Una altra diferència és la complementarietat. En un grup de treball cada membre té una formació similar i fan la mateixa feina, en canvi, en el treball en equip poden o no tenir una formació similar, però cadascú realitza una part de la feina per culminar amb la globalitat d'un projecte, per tant, en un treball en equip hi ha aquesta complementarietat. Passa el mateix amb la coordinació, on en el treball en equip és necessària per a poder actuar sota un mateix objectiu i estàndards marcats comuns (Rodríguez, 2010).

Per tant, el treball en equip en un equip de professionals multidisciplinar es basa en la complementarietat, la coordinació, la comunicació, la confiança i el compromís.

2.2.3.1. EDUCACIÓ SOCIAL

ASEDES (2007) defineix l'Educació Social com:

El dret de la ciutadania que es concreta en el reconeixement d'una professió de caràcter pedagògic, generadora de contextos educatius i accions mediadores i formatives, que son àmbit de competència professional de l'educador social i que possibilita la incorporació del subjecte de l'educació a la diversitat de les xarxes socials, (...) i la promoció cultural i social (...). (ASEDES, 2007, p.11).

L'educació social és el resultat de la suma de tres professions diferents que es van desenvolupar anteriorment en el camp de l'educació no formal: l'animació sociocultural, l'educació d'adults i l'educació especialitzada.

Els professionals de l'educació social s'ajuden del codi deontològic per a poder millorar la qualitat i efectivitat de la seva tasca, el qual engloba una sèrie de principis i normes que orienten l'acció i la conducta professional (ASEDES, 2007). A més a més, als Documents Professionalitzadors d'ASEDES (2007) també hi engloba les funcions i competències de l'educador social, encara que varien i es concreten i perfilen més segons cada recurs.

Pel que fa a l'educador social en una comunitat terapèutica, són considerats els professionals més directament associats al treball educatiu. Segons la coordinadora de comunitats terapèutiques, pisos de reinserció i centres de dia per a drogodependents de Catalunya (2010), queden enumerades a la següent taula les funcions principals dels educadors socials en una comunitat terapèutica:

Taula 3: Funcions dels educadors socials.

FUNCIONS DELS EDUCADORS SOCIALS
<ul style="list-style-type: none">- Acompanyar i facilitar el procés de canvi personal dels usuaris, garantint el bon funcionament i la convivència del grup i motivant a les persones per que s'impliquin en el seu procés.- Promoure actituds i conductes saludables entre els usuaris.- Seguiment del procés d'acollida dels nous ingressos (revisió pertinències, recollida de mostres d'orina, etc.).- Responsabilitzar-se del funcionament de les activitats ocupacionals del centre, fomentant les habilitats de planificació i la interiorització d'hàbits de treball en els residents.- Intervenir en la gestió, mediació i resolució de conflictes.- Participar en les dinàmiques de grup on es treballin les actituds que ha de tenir la persona dintre del procés, potenciant el desenvolupament i l'evolució positiva dels residents.- Oferir suport individual com a educador de referència (tutories). Participació en el Pla Terapèutic Individual, plantejant objectius educatius amb coordinació amb la resta de l'equip, planificant i implementant les activitats socioeducatives necessàries per a l'assoliment dels objectius plantejats.- Coordinació amb familiars per assumptes particulars del cas.- Supervisió de les planificacions i compliment d'aquestes en les sortides de la fase de reinserció.- Gestionar i programar les visites a serveis externs (metges, recursos de reinserció, etc.).- Vetllar pel compliment de les normes de convivència establertes i proposar canvis al grup de gestió.- Planificar i ensenyar a planificar als residents les activitats relatives a l'organització i bon funcionament del centre: neteja d'espais individuals i col·lectius, compliment d'horaris, motivació, registre d'intervenció, etc.

- Seguiment registrat dels hàbits relatius a les activitats de la vida diària.
- Orientar en la recerca i fomentar la participació dels usuaris en recursos comunitaris, sempre en funció del seu PTI.
- Promocionar les parcel·les de la vida de l'usuari que el poden orientar cap a una millor inserció social (laboral, judicial, del lleure, sanitària, familiar, etc.).
- Supervisió de la planificació i compliment de la gestió del temps lliure, tan a nivell personal com grupal.
- Recollir informació dels protocols i anotar les incidències en els diferents registres del centre.

Font: Coordinadora de comunitats terapèutiques, pisos de reinserció i centres de dia per a drogodependents de Catalunya (2010).

A través d'aquestes funcions resulta evident que l'Educació Social formi part en l'abordatge de les addiccions, ja que en la majoria dels casos, el procés de socialització de les persones drogodependents s'ha vist alterat per conductes que comporten l'aïllament social (Sixto i Olivar, 2018). Els objectius de l'Educació Social d'ASEDES (2007) ho constaten, essent la incorporació del subjecte de l'educació a la diversitat de les xarxes socials i, la promoció social i cultural, utilitzant estratègies socioeducatives orientades a la incorporació social de la persona per superar els problemes associats a l'addicció (Sixto i Olivar, 2018).

Tornant a Funes (1991), qui plantejava els problemes de l'aplicació del model biopsicosocial, on s'estava implementant un model psicobiològic deixant de banda els aspectes socials, reafirma la necessitat dels educadors socials com un aspecte important per a l'abordatge de la patologia dual, afirmant que, "a menudo, los factores socializadores serán la parte más importante del proceso de recuperación" (Funes, 1991, citat a, Olivar, 2005, p. 182).

En aquest sentit, tal i com s'han descrit a la taula anterior les funcions principals dels educadors socials segons la Coordinadora de comunitats terapèutiques, pisos de reinserció i centres de dia per a drogodependents de Catalunya (2010), es pot concloure, tal i com ho descriu Vega (2000) a Olivar (2005), que les seves tasques es centren en "respondre a les necessitats reals de les persones drogodependents des d'una perspectiva interdisciplinària on s'incloguin els aspectes físics, psíquics i socials" (p. 183), millorant el desenvolupament de les capacitats formatives, prelaborals, lúdiques i relacionals per tal que potenciïn el desenvolupament integral de la persona per incorporar-se a la societat (Olivar, 2005).

2.3. TRACTAMENT DE LA PATOLOGIA DUAL A LES COMUNITATS TERAPÈUTIQUES

Durant els últims anys, les comunitats terapèutiques s'han hagut d'adaptar als nous canvis i perfil d'usuaris que atenen, ja que la majoria de casos que els arriben, segons la FCD, tenen un diagnòstic de patologia dual (Morillo, s.d., citat a, González, 2020). Això comporta que hagin hagut de modificar el seu tractament terapèutic: flexibilitzant horaris, adaptant objectius terapèutics i metes dels plans individualitzats de tractament integral (PTI), així com també fer entendre a les persones la seva patologia mental, a més a més de la de consum.

Diferents estudis mostren les següents dades sobre experiències de pacients diagnosticats de patologia dual realitzant un tractament a comunitat terapèutica:

Segons l'estudi realitzat entre el juny del 2000 i el juny del 2009 de l'article "*Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patologia dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica*" de la revista Adicciones, publicada l'any 2013, on l'objectiu era analitzar les variables de les quals depèn l'alta terapèutica en els pacients amb patologia dual greu ingressats a una comunitat terapèutica amb unitat psiquiàtrica de Marbella (Málaga), només el 29'5% de la mostra (d'un total de 325 residents) va rebre l'alta terapèutica. Per al diagnòstic de patologia dual greu només s'han tingut en compte els trastorns per ús de substàncies que complien els criteris de dependència segons les classificacions internacionals DSM-IV-TR amb codis CIE-10 (American Psychiatric Association, 2002). De totes les variables estudiades, la presència de trastorns psicòtics i el trastorn límit de personalitat, entre altres com el gènere i el "policonsum", han resultat significatives, ja que es relacionen amb pitjors resultats, per tant, menys altes terapèutiques. Per exemple, segons dades extretes d'aquest article, la freqüència d'alta terapèutica en residents amb patologia dual greu amb trastorns psicòtics és menor (19'2%) que en els residents que no han estat diagnosticats de psicosis (34'1%), igual que els residents amb trastorn límit de personalitat reben l'alta terapèutica en un percentatge molt menor (19'4%) que els que no tenen el diagnòstic (32'2%).

En un altre estudi publicat el 2004 titulat "*Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica*", on es va agafar una mostra de 42 persones de la Comunitat Terapèutica de la Fundació Proyecto Hombre de Navarra seleccionats segons els criteris DSM-IV, es descriuen els diferents trastorns de personalitat i s'analitza la relació entre la presència d'aquests trastorns i l'abandonament del tractament terapèutic, on els diferents resultats mostren

que el 76'2% dels residents tenen un trastorn de personalitat, i més de la meitat de la mostra presenta més d'un trastorn i, que aquests trastorns, s'associen directament amb una probabilitat més alta d'abandonament del tractament, per tant, el fracàs terapèutic. Segons aquest estudi, doncs, hi ha un abandonament del 72'2% de les persones que tenen dos o més trastorns de personalitat, i un 33'3% de les persones que només en presenten un o cap.

Aquestes dades són la conseqüència de la separació de les dues xarxes assistencials de salut mental i d'addiccions, on manquen especialistes dels dos àmbits en els diferents recursos.

Bisiach (2006) posa en relleu la necessitat d'un sistema integrat i no tant estructurat i normatiu, ja que l'abordatge de la patologia dual ha de ser flexible. Proposa la creació de CT modificades per a l'atenció de la patologia dual (Bisiach, 2006, citat a, Davicino, 2009).

Altres autors com De León (2004) planteja adaptacions per a les CT existents per a poder abordar la patologia dual. Algunes d'aquestes adaptacions són la flexibilització d'horaris en les activitats, la formació intensiva dels professionals, el plantejament d'objectius a llarg termini dels usuaris, donar-li més importància a les diferències individuals, ampliar els espais de psicoteràpia individual, entre altres (De León, 2004, citat a, Davicino, 2009).

2.3.1. COMUNITAT TERAPÈUTICA “LA COMA”

La Comunitat Terapèutica “La Coma” va ser creada l'any 1986. L'any 1987, van establir col·laboració formal amb l'Institut Català d'Assistència i de Serveis Socials (ICASS), fet que va permetre la integració de la C.T. “La Coma” dins la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD), del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, però està legalitzada en matèria socio-sanitària com a Centre residencial d'assistència als drogodependents des del 1989 pels Departaments de Salut i de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya. Forma part de la Fundació ATRA, una entitat sense ànim de lucre constituïda el 1987.

Tracten a persones afectades de conductes addictives i drogodependència de llarga evolució que precisen d'un abordatge global de deshabitució i de rehabilitació social. Realitzen el tractament a través de tècniques psicosocials i d'intervenció comunitària, per tal d'aconseguir la seva reinserció social amb els mitjans i recursos personals suficients per mantenir un estil de vida sense necessitat de l'addicció, és a dir, quan

l'individu es troba en un estat avançat del seu procés de drogodependència i l'afectació dins les diferents àrees d'adaptació, de relació i de maneig del seu entorn comencen a estar seriosament afectades i apareix un quadre de dessocialització, acostuma a ser necessari un abordatge ampli que doni una resposta terapèutica multifactorial que abasti, de manera simultània, la major part dels aspectes a modificar en el subjecte.

El perfil d'usuaris que atenen, ha canviat els últims anys, ja que moltes derivacions que reben tenen diagnòstic de patologia dual, de manera que han hagut d'adaptar-se a aquest nou perfil: flexibilitzant horaris, adaptant el PTI, escurçant el tractament, entre altres.

El model de tractament de la C.T. "La Coma" està fonamentat en els models cognitiu-conductual i comunitari, en el qual destaquen els aspectes educatius i reeducatius relacionats principalment amb els dèficits d'habilitats socials i adaptatives derivades de la conducta addiciva, i orientats a aconseguir una adaptació eficaç del resident a la seva realitat social (reinserció).

Pel desenvolupament de les feines i serveis de la Comunitat Terapèutica "La Coma" compten amb un equip multidisciplinar de professionals especialitzats en l'àmbit de les drogodependències i la salut mental (educadors socials, treballador social, psicòlegs, psiquiatra i infermera). Cada membre, treballa de forma independent i a la vegada interconnectat amb la resta de professionals a través de reunions de treball conjuntes, en les que es posen en comú les activitats realitzades i es discuteixen els aspectes problemàtics i la línia a seguir.

Les reunions es complementen amb el registre de succeïments quotidians que el responsable de torn realitza en forma de diari.

El Programa Terapèutic complet té una duració aproximada de nou mesos per als pacients que realitzen les tres fases del mateix (deshabituació, rehabilitació i pre-reinserció social) i de sis mesos per als pacients que realitzen les dues primeres fases (deshabituació i rehabilitació). Poden escurçar o dilatar aquesta durada en funció del progrés o de la conveniència de cada cas particular.

El programa ofereix cinc modalitats d'intervenció:

1. Socio-educativa
2. Psicoterapèutica individual
3. Mèdica-sanitària
4. Atenció familiar
5. Terapèutica grupal

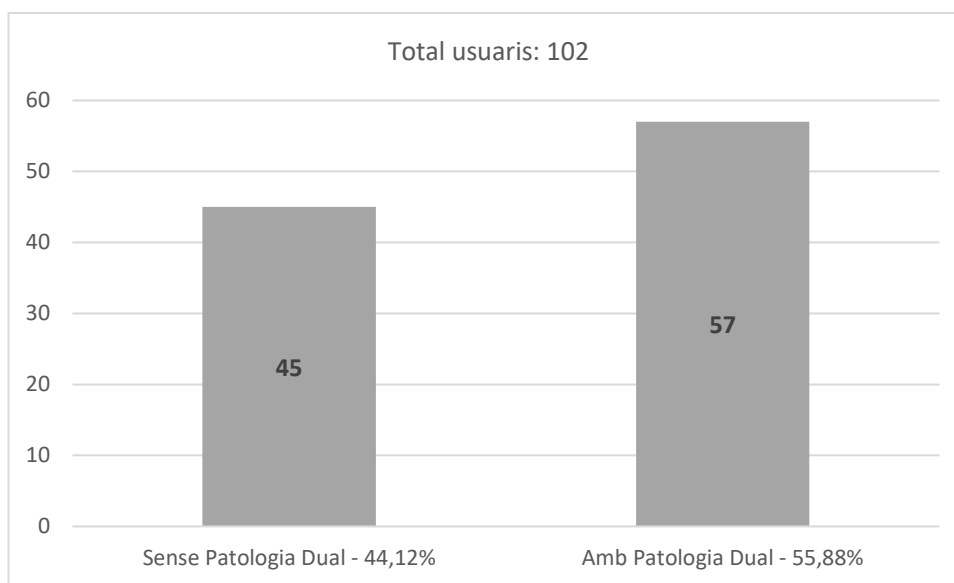
Aquesta introducció extreta a partir del Programa Terapèutic de la Comunitat Terapèutica La Coma (ATRA, s.d.), ens serveix per a situar-nos en l'objecte d'estudi, lloc on es realitzarà la investigació a través d'entrevistes als professionals i qüestionaris als usuaris.

Aproximadament cada any a la CT "La Coma" s'atenen entre 100 i 150 persones, amb una mitjana de durada de tractament de 6 mesos. "La Coma" té una capacitat màxima de 30 usuaris, encara que normalment, la mitjana d'ocupació de places ronda els 26 usuaris. Compta amb 13 professionals treballant, entre educadors socials, psicòlegs, treballadors socials, infermera, psiquiatra i monitors (ATRA, 2022).

A través de documents interns de la CT "La Coma" (ATRA, 2022), els quals he pogut accedir gràcies a la coordinadora del recurs, he pogut agrupar les diferents dades de les persones ateses l'any 2021.

L'any passat es van atendre 102 persones en total, de les quals 57 tenien un diagnòstic dual, representant un 56% del total d'usuaris atesos.

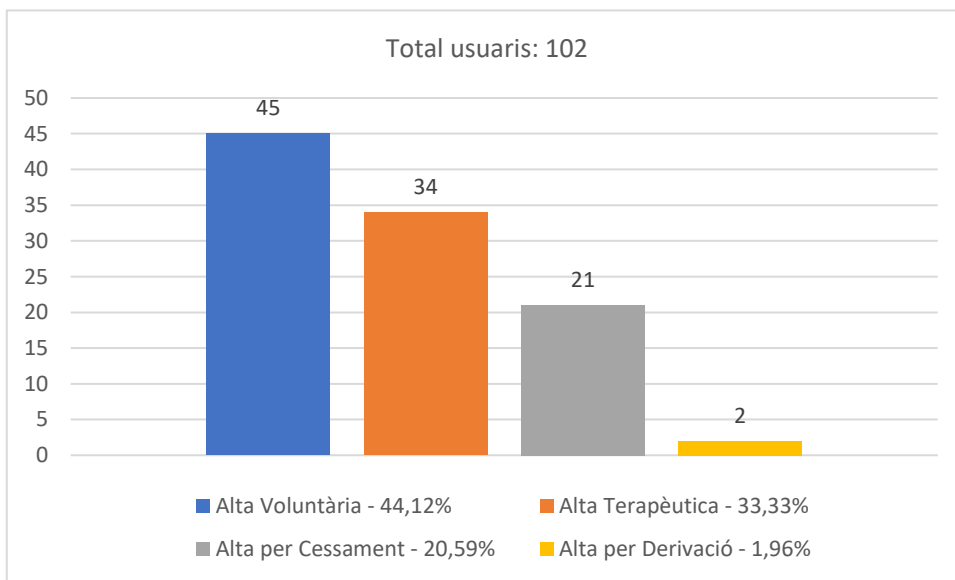
Figura 4: Total dels usuaris de la CT "La Coma" segons diagnòstic dual, 2021.



Font: Elaboració pròpia.

Del total de les persones, un 44% van marxar voluntàriament (Alta Voluntària), un 33% van tenir l'Alta Terapèutica, un 21% Alta per Cessament i un 2% Alta per Derivació.

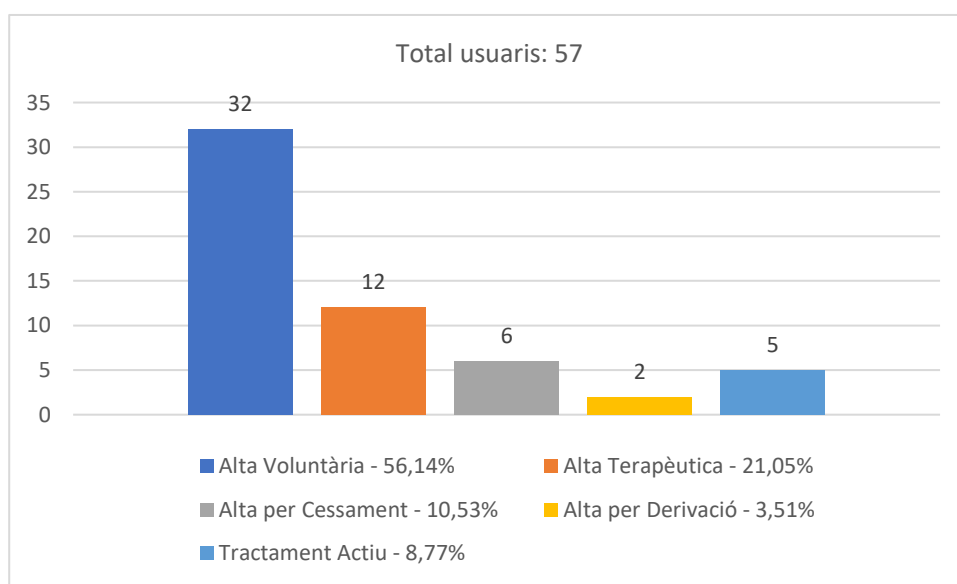
Figura 5: Total d'usuaris per tipus d'alta a la CT "La Coma", 2021.



Font: Elaboració pròpia.

Si es realitzen els percentatges només en relació a les 57 persones amb diagnòstic dual veiem que creixen les Altes Voluntàries, sent un 56%. En canvi, disminueix el percentatge d'Altes Terapèutiques (21%). Un 11% reben l'Alta per Cessament i un 4% l'Alta per Derivació. El 8% restant són usuaris que segueixen en tractament a la CT.

Figura 6: Usuaris amb patologia dual per tipus d'alta a la CT "La Coma", 2021.



Font: Elaboració pròpia.

3. HIPÒTESI

Partim del problema que, de totes les variables estudiades, la presència de trastorns psicòtics i el trastorn límit de personalitat, entre altres com el gènere i el “policonsum” s’han relacionat amb pitjors resultats, és a dir, menys altes terapèutiques.

Com a resposta a la pregunta inicial d’investigació sobre com es pot millorar el tractament de les persones usuàries de la Comunitat Terapèutica La Coma de Monistrol de Montserrat diagnosticades de patologia dual, s’elabora la següent hipòtesi de partida:

- L’abordatge integral de la patologia dual a les comunitats terapèutiques genera una major adherència al tractament de les persones diagnosticades amb patologia dual.

4. OBJECTIUS

Tenint en compte la pregunta inicial d'investigació formulada i la hipòtesi de partida, es planteja a continuació, l'objectiu general de la recerca, juntament amb tres objectius específics per acotar la investigació.

OBJECTIU GENERAL:

- Investigar els elements que intervenen en l'abandonament del tractament de les persones amb diagnòstic de patologia dual a la CT "La Coma".

OBJECTIUS ESPECÍFICS:

- Conèixer l'estat de la qüestió del fenomen del tractament de les persones amb diagnòstic de patologia dual a les comunitats terapèutiques catalanes.
- Analitzar les necessitats dels usuaris i usuàries de la CT "La Coma" de Monistrol de Montserrat en relació al tractament i l'abordatge de la patologia dual.
- Identificar els elements implicats en l'elaboració i implementació d'estratègies específiques per al tractament de les persones amb patologia dual ateses a la CT "La Coma".

5. METODOLOGIA

Arias (2006) defineix el marc metodològic com el “conjunt de passos, tècniques i procediments que s'utilitzen per formular i resoldre problemes”, mentre que Tamayo (2003) el defineix com “un procés que, mitjançant el mètode científic, procura obtenir informació rellevant per entendre, verificar, corregir o aplicar el coneixement”.

En aquest sentit, el marc metodològic fa referència a les diferents decisions que es van prenent al llarg de la investigació; com el disseny de la investigació, l'estratègia que s'utilitza, la mostra que s'estudia, els diferents mètodes de recollida de dades, les diferents tècniques per a l'anàlisi de la informació, entre d'altres, amb la finalitat d'arribar a complir els objectius marcats.

Amb la finalitat de profunditzar en el tractament de la patologia dual a les comunitats terapèutiques i la voluntat d'estudiar les possibles mancances i dificultats que tenen els professionals alhora d'elaborar i implementar estratègies adequades, es proposa la present investigació de caràcter qualitatiu per abordar el fenomen exposat.

Es presenta, doncs, el disseny d'una investigació de tipus no experimental transaccional o transversal de tipus correlacional-causal per a establir relacions entre les dues variables presentades (Hernández, 2014, p. 127).

La metodologia de treball emprada en la investigació, combina la revisió bibliogràfica, la qual permet fer una recopilació sistemàtica de la informació publicada fins l'actualitat i relacionada amb el fenomen a estudiar, amb l'anàlisi qualitatiu del discurs dels diferents professionals entrevistats de la Comunitat Terapèutica “La Coma” de Monistrol de Montserrat que tenen sobre el tractament de la patologia dual, i més concretament, en relació a les dificultats en l'elaboració d'estratègies per aquest tipus de perfil, juntament amb la visió personal dels usuaris a través dels qüestionaris elaborats. Finalment, es determinaran els components que es veuen implicats en la institució i la xarxa de salut mental i addiccions en l'abordatge de la patologia dual.

Un cop realitzada la revisió bibliogràfica pertinent, s'ha tractat d'establir relacions entre els conceptes clau de la investigació i els diferents discursos dels professionals de la comunitat terapèutica i la visió dels usuaris, per poder fer una aproximació sobre la relació entre la teoria i la pràctica.

Per assolir els objectius plantejats, s'ha optat per analitzar les dades recollides en les diferents entrevistes i discursos dels professionals de la comunitat terapèutica, els quals tenen cert bagatge en relació al tractament de la patologia dual, prenent relació amb la visió dels propis usuaris que realitzen el tractament.

D'aquesta manera, la investigació s'estructura en tres fases:

FASE 1:

- **Objectiu:** Conèixer l'estat de la qüestió del fenomen del tractament de les persones amb diagnòstic de patologia dual a les comunitats terapèutiques catalanes.
- **Mostra (Població):**
 - **Criteris d'inclusió:** les diferents paraules clau “patologia dual”, “drogues”, “gènere”, “comunitats terapèutiques”, “trastorns mentals”, “educador social”, “comorbiditat”, “tractament”, “estigma” i “abandonaments terapèutics”; publicacions fetes des del 2010 fins el febrer de 2022 per al marc teòric, publicacions fetes des de l'any 2004 fins el febrer de 2022 per a l'apartat del tractament de la patologia dual; articles i documents en català, castellà i anglès; bases de dades i informes de Dialnet, Scielo, Adicciones, TESEO, Recercat, Pubmed, Google Academic, OEDT, OMS, SEPD.
 - **Criteris d'exclusió:** articles publicats abans de l'any 2004 per l'apartat del tractament de la patologia dual a les CT; articles i documents publicats abans de l'any 2010 per a la resta de marc teòric; estudis publicats a partir del febrer del 2022; estudis en alemany.
- **Eines:** Anàlisi documental.

La recerca bibliogràfica i anàlisi documental ha comprès el període de temps des del setembre del 2021 fins el febrer del 2022.

FASE 2:

- **Objectiu:** Analitzar les necessitats dels usuaris i usuàries de la CT “La Coma” de Monistrol de Montserrat en relació al tractament i l'abordatge de la patologia dual.
- **Mostra (Població):** Usuaris i usuàries de la CT “La Coma”.
 - **Criteris d'inclusió:** usuaris i usuàries en tractament a la CT “La Coma”, majors de 18 anys, que tinguin un diagnòstic o presentin una patologia dual.
 - **Criteris d'exclusió:** persones amb problemes d'abús de substàncies que no hagin realitzat cap tractament a la CT “La Coma”, menors d'edat.
- **Eines:** Qüestionari.

Per a poder recopilar les experiències dels usuaris i usuàries de la Comunitat Terapèutica “La Coma” es va optar per fer-ho a través de qüestionaris basats en el TPQ (Treatment Perceptions Questionnaire) (Marsden et al., 2000). El TPQ és una eina desenvolupada a Europa dissenyada per avaluar la satisfacció de les persones que es troben en programes de tractament d'addiccions.

El qüestionari ha sigut elaborat adequant a la recerca algunes de les preguntes del TPQ i afegint-ne de noves per abordar l'objectiu de la investigació. Combina preguntes relacionades amb la percepció i necessitats personals del tractament, juntament amb preguntes relacionades amb el servei que reben i el funcionament de la CT, així com també en relació a tota la xarxa de serveis de salut mental i addiccions. Cada pregunta es registra utilitzant l'escala Likert de 5 punts (totalment d'acord – molt en desacord). També combina preguntes de resposta oberta per aconseguir dades més qualitatives i rigoroses.

Una vegada recollits els qüestionaris omplerts, es van passar a la plataforma *Google Forms* per tal de extreure'n les diferents gràfiques per a exposar els resultats (veure “Document Annexos”).

FASE 3:

- **Objectiu:** Identificar els elements implicats en l'elaboració i implementació d'estratègies específiques per al tractament de les persones amb patologia dual ateses a la CT “La Coma”.
- **Mostra (Població):** Professionals de la CT “La Coma”.
 - o Criteris d'inclusió: professionals de la CT “La Coma” amb una experiència de més de 10 anys.
 - o Criteris d'exclusió: professionals que no formin part de l'equip de la CT “La Coma”.
- **Eines:** Entrevistes semiestructurades amb preguntes obertes.

Per recollir les dades per assolir l'objectiu plantejat, s'ha optat per la tècnica de l'entrevista. El tipus d'entrevista que s'ha utilitzat és la semiestructurada amb preguntes obertes, tal i com la defineix Hernández (2014): “Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p. 403). S'han anat alternant preguntes prèviament formulades en un guió, juntament amb altres que anaven sorgint espontàniament durant les entrevistes. D'aquesta manera, ha permès poder comparar les diferents respostes dels professionals, així com també profunditzar en aquells aspectes que cada un destacava.

Per a la realització del guió de l'entrevista, es va fer un esborrany abans de tenir el marc teòric acabat, i una vegada enllestit, es va acabar d'acotar el tipus de preguntes per a poder fer unes entrevistes més específiques per assolir l'objectiu plantejat. Com a últim punt, es van afegir les preguntes que es van creure convenientes segons les respostes més rellevants que es van aconseguir a través dels qüestionaris realitzats a les persones usuàries prèviament.

L'estructura de l'entrevista segueix un ordre de micro a macro, on primer es demanen les necessitats observades dels usuaris, les dificultats personals del professional i de l'equip professional, i, finalment, sobre la institució i la xarxa de salut mental i addiccions. Al final de tot s'exposen qüestions relacionades amb l'Educació Social.

Una vegada realitzades, es van transcriure totes les entrevistes (veure "Document Annexos").

CRONOGRAMA:

A la següent pàgina es mostra el procediment que s'ha programat seguir per a la realització del treball, tenint en compte les diferents fases i parts de l'estructura de la investigació. La programació del cronograma comprèn el període de temps des de l'octubre del 2021 fins el juny del 2022.

CRONOGRAMA TFG "NECESITO UN RESCATE": EL TRACTAMENT DE LA PATOLOGIA DUAL A LES COMUNITATS TERAPÈUQUES
GEMMA JUNYENT LLOPART

Etapa	Tasques	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny
		crono, just, def.			1r lliurament obl.			2n lliurament obl.	ENTREGA TFG	DEFENSA ORAL
		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4	1 2 3 4
Definició del tema i elaboració del Pla de Treball		■ ■ ■								
Justificació	Recollida d'informació sobre la necessitat d'abordar el tema triat	■ ■ ■								
	Recollida de dades sobre la problemàtica		■ ■ ■							
Marc Teòric	Els conceptes clau importants d'aclarir en l'estudi		■ ■ ■	■ ■ ■						
	Cerca bibliogràfica en bases de dades		■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■					
	Selecció dels conceptes i autors			■ ■ ■	■ ■ ■					
	Relació d'aquests conceptes amb el meu estudi			■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■			

6. RESULTATS

A través de les diferents fases, s'ha pogut fer una recerca exhaustiva juntament amb la veu i opinió dels propis usuaris i professionals de la CT "La Coma". A partir d'aquí, es plasmen els resultats obtinguts segons l'objectiu establert en cada fase del projecte per a poder fer un anàlisi i discussió d'aquests per extreure'n unes conclusions.

FASE 1: Conèixer l'estat de la qüestió del fenomen del tractament de les persones amb diagnòstic de patologia dual a les comunitats terapèutiques catalanes.

En relació a aquest primer objectiu, es diferencien dues cerques bibliogràfiques diferents, les dues realitzades durant el període de sis mesos, de setembre de 2021 fins al febrer de 2022.

La primera comprèn una revisió exhaustiva a diferents bases de dades, pàgines web, articles, conferències, entre altres, com Dialnet, Scielo, la revista Adicciones, TESEO, Recercat, Pubmed, el Google Acadèmic, de les referències i articles publicades des del 2010 fins el febrer del 2022 per a realitzar el conjunt del marc teòric, exceptuant els estudis sobre el tractament de la patologia dual a les comunitats terapèutiques, ja que aquest darrer, s'ha fet una cerca bibliogràfica exhaustiva a diferents bases de dades científiques de publicacions, des del 2004 fins el febrer del 2022, ja que hi ha molts pocs estudis que hagin investigat sobre aquest àmbit tant concret. També s'ha consultat a diferents bases de dades i informes nacionals i europeus (OEDT, OMS, SEPD) per complimentar la teoria amb dades i percentatges.

Una vegada feta aquesta cerca, es van obviar totes les fonts que no estiguessin en català, castellà o anglès, i després es van seleccionar aquells estudis i articles més acurats al fenomen a estudiar, és a dir, es van prioritzar aquells que contenien dues paraules clau o més, de manera que s'han tingut en compte 82 publicacions en total (englobant articles, llibres, estudis, lleis, enquestes, bases de dades, etc.).

Cal tenir en compte que també s'ha accedit a altres articles i autors a través de la bibliografia dels articles utilitzats, així com també articles proposats pel tutor que no s'han trobat a la cerca descrita anteriorment.

Les paraules clau que s'han utilitzat de forma combinada per poder cobrir el màxim d'informació publicada, són les següents: "patologia dual", "drogues", "gènere", "comunitats terapèutiques", "trastorns mentals", "educador social", "comorbiditat", "tractament", "estigma" i "abandonaments terapèutics".

A través d'aquest objectiu s'ha assolit una revisió exhaustiva sobre el fenomen de la investigació juntament amb dades significatives per a poder argumentar la fonamentació teòrica d'aquesta recerca i fer un anàlisi en fases posteriors per a la seva comparació amb la resta de resultats de la CT "La Coma".

FASE 2: Analitzar les necessitats dels usuaris i usuàries de la CT "La Coma" de Monistrol de Montserrat en relació al tractament i l'abordatge de la patologia dual.

Pel que fa al segon objectiu s'han realitzat uns qüestionaris als usuaris de la CT "La Coma". Per fer-los, es va contactar amb la coordinadora de la comunitat i es va acordar un dia per a realitzar-les. Es van realitzar en un espai grupal on cada persona usuària va acceptar les condicions de confidencialitat exposades a l'inici del qüestionari i, seguidament, va respondre les diferents preguntes del qüestionari individualment en format paper. Dels 23 usuaris de la CT "La Coma", es van recollir respostes de 15 qüestionaris realitzats, ja que alguns estaven de sortides, i altres en malestar.

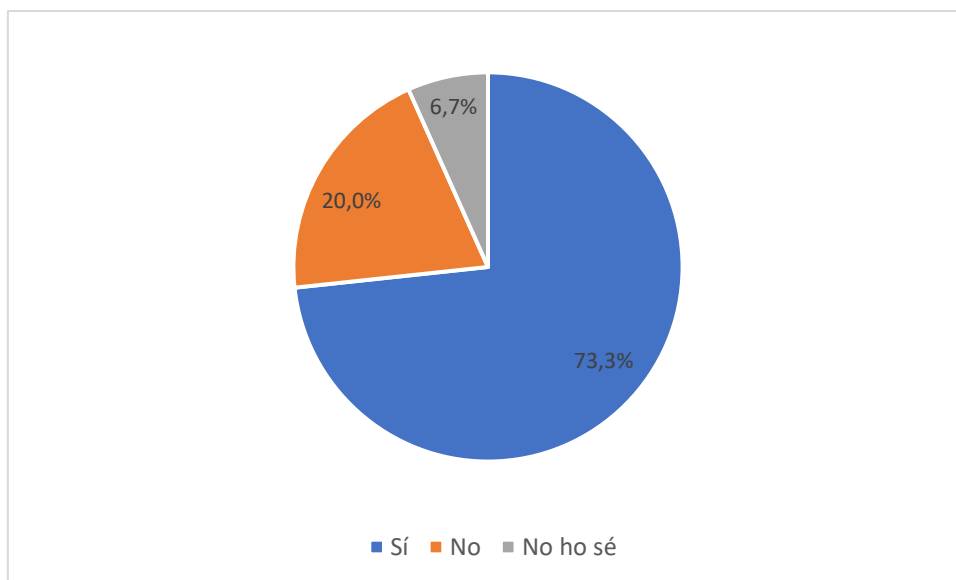
De la mostra de 15 usuaris enquestats, gairebé tres quartes parts eren homes (73,3%), mentre que les dones representaven només un 26'7%. Les edats són molt variables, compreses entre els 25 anys i els 59 anys. Les respostes obtingudes segons els mesos de tractament que porta cada usuari han sigut molt àmplies, essent des d'una setmana fins a 7 mesos de tractament, encara que un 26'7% de les respostes són de persones usuàries que porten 3 mesos de tractament.

En relació a les preguntes a nivell personal i el tractament a la comunitat, pel que fa a l'entrevista d'admissió, gairebé el 90% consideren que els ha servit per a poder reflectir de forma clara els seus problemes, però un 6'7% hi estan en desacord, coincidint amb alguns dels usuaris amb patologia dual, els quals han considerat que el procés d'admissió ha estat molt basat en els problemes d'addicció i que no s'han tingut en compte els problemes de salut mental.

Pel que fa a les necessitats no ateses, només s'han obtingut 4 respostes, de les quals la meitat estan relacionades amb el no abordatge de la salut mental, considerant que possiblement els problemes d'ansietat no estan sent atesos, així com la desinformació sobre la medicació, ja que el psiquiatra només els visita un cop per setmana, només si té temps. Un 46'7% dels usuaris estan totalment d'acord en què es tenen en compte les diferents patologies mentals i un 26'7% hi estan d'acord. En canvi, un 20% han respòs de forma neutral i el 6'7% restant hi està en desacord.

Una dada significativa és que el 73'3% dels enquestats reben tractament farmacològic per al diagnòstic psiquiàtric. Al següent gràfic queden detallades les següents dades:

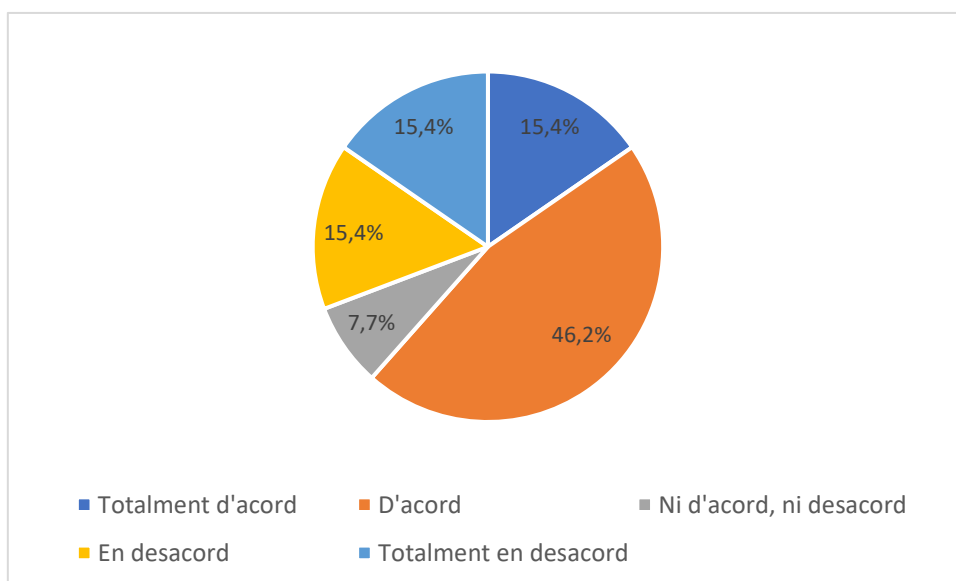
Figura 7: Usuaris que reben tractament farmacològic per al diagnòstic psiquiàtric a la CT "La Coma", 2022 (%).



Font: Elaboració pròpia.

Per altra banda, referent al tractament no farmacològic que reben respecte el diagnòstic psiquiàtric, trobem percentatges molt diversos, on un 30'8% dels usuaris consideren que no estan rebent tractament no farmacològic per a tractar el trastorn o problemes de salut mental. Al següent gràfic es desglossa en percentatges les respostes dels diferents usuaris:

Figura 8: Consideració dels usuaris sobre si reben tractament NO farmacològic per el diagnòstic psiquiàtric a la CT "La Coma", 2022 (%).



Font: Elaboració pròpia.

Tot i així, més de la meitat dels enquestats tenen confiança en el tractament i consideren que és el recurs adequat.

Pel que fa a la pregunta oberta de quins aspectes consideren que es treballen per a tractar el trastorn mental en el dia a dia a la CT "La Coma", trobem respostes ben variades des de l'adquisició d'hàbits i rutines, el control d'impulsos, els límits, les tutories i teràpies, la gestió d'emocions i la medicació. Altres esmenten la manca de teràpies psicològiques i consideren que hi ha poques tutories. Consideren que s'hauria de treballar més el diagnòstic previ-ingrés amb un seguiment psiquiàtric més exhaustiu, així com també la realització de més teràpies.

Respecte a les 5 dimensions que consideren més importants que es treballen a la CT destaquen per ordre de major a menor la consolidació de nous hàbits de vida (73'3%); l'autoestima, l'autoconfiança, cuidar-se a un mateix/a, etc. (66'7%); la salut mental (ansietat, depressió, trastorns mentals, etc.) (53'3%); deixar de consumir drogues (46'7%) i; relacionar-se millor amb la família (40%). Els 3 àmbits de tractament que consideren que els ajuda més en el seu tractament de major a menor són les teràpies amb la psicòloga (73'3%) i les teràpies grupals i les tutories de fase amb un percentatge del 46'7% ambdues.

En relació a l'equip professional, més del 80% dels usuaris consideren que l'equip ha entès el que necessitaven i han actuat correctament per a desenvolupar la seva labor, així com també consideren que sempre hi ha hagut un membre de l'equip disponible quan ho necessitaven. Remarquen que l'equip els ha ajudat a motivar-se per a resoldre els seus problemes.

L'opinió dels usuaris envers les dificultats, mancances o limitacions que observen que tenen els professionals a l'hora de tractar la patologia dual és molt diversa. Alguns consideren que no en tenen cap o molt poques, que mostren molt recolzament, alternatives i estratègies variades, ja que alguns pensen que el 90% tenen patologia dual, de manera que estan preparats per atendre aquest perfil d'usuaris. Altres consideren que és necessària una formació en psiquiatria, si més no, que hi ha pocs professionals psiquiatres i que tenen molta baixa disponibilitat. També esmenten la paciència com una mancança i la falta de comprensió sobre els efectes i símptomes dels trastorns mentals.

Respecte al paràgraf anterior, les competències que creuen que haurien de tenir per a millorar el tractament de la patologia dual és la paciència, la tempraça, l'empatia i

l'experiència en l'àmbit de drogodependències i salut mental. Consideren que és molt important conèixer les característiques de cada usuari per saber com tractar-lo. Per altra banda, hi ha vàries respostes encaminades cap a la formació o noció en psiquiatria i psicologia per a poder realitzar un abordatge integral.

Quant a la institució i la xarxa, les respostes obtingudes en relació al bon ajustament del recurs i tractament segons les seves necessitats han sigut, majoritàriament, positives. Alguns, però, consideren que el diagnòstic i el tractament hauria de ser més estricte en la fase d'admissió, altres s'esperaven alguna altra cosa sense especificar quina i, finalment, remarquen que l'addicció al joc és una patologia que no s'enfoca concretament en el programa terapèutic. Envers el sistema i la xarxa d'atenció de drogodependències consideren que realitzen una bona atenció i tractament en general de la patologia dual, exceptuant algunes respostes que remarquen la falta de recursos i la manca de teràpies.

Finalment, com a propostes de millora, remarquen més activitats i dedicar més estones a les teràpies grupals com a suggeriment principal, seguit de més preparació per part de l'equip a nivell de psiquiatria, psicologia i experiència en aquest camp (formació en patologia dual). També esmenten l'augment de diagnòstic i tractament de salut mental amb teràpies específiques enfocades als problemes de salut mental i proposen la separació dels usuaris i tractament per grau d'addicció i consum.

FASE 3: Identificar els elements implicats en l'elaboració i implementació d'estratègies específiques per al tractament de les persones amb patologia dual ateses a la CT "La Coma".

Per últim, per al tercer objectiu s'han utilitzat les entrevistes semiestructurades. Per fer-les, es va contactar prèviament a la Comunitat Terapèutica "La Coma" per acordar un dia. Es van realitzar 4 entrevistes (2 educadores socials, 1 psicòloga i 1 psiquiatra) en un context privat, exposant primer l'objectiu de la investigació i, seguidament la signatura del consentiment informat per a poder enregistrar en format àudio les entrevistes.

Partint del mateix guió de les entrevistes per a realitzar-les als diferents professionals de diferents àmbits i professions, s'han obtingut diverses respostes, algunes d'elles comunes. Es desglossen les respostes dels diferents professionals (dues educadores, una psicòloga i un psiquiatra) per pregunta:

EN RELACIÓ ALS USUARIS:

Entre els criteris d'admissió, la patologia dual, tal i com explica el psiquiatra, fa uns anys, possiblement no es tenia en compte i, últimament, és difícil no trobar-se amb patologia dual. Majoritàriament els usuaris mostren patologies de l'Eix II, de personalitat, però també es troben moltes psicosis inespecífiques, trastorns psicòtics, depressions i trastorns bipolars. "Abans de l'ingrés fan entrevista amb TS, psiquiatra i psicòleg. El que es té en compte és que siguin autònoms per seguir les activitats del dia a dia de la casa, que no tinguin clínica psicòtica activa ni algun altre trastorn greu actiu" (P4), ja que se'ls realitza una primera valoració psiquiàtrica. Es fa un treball en xarxa amb el CAS i la família per valorar l'ingrés. Un cop s'acorda l'ingrés de l'usuari, les educadores s'encarreguen de dur-lo a la CT i realitzar l'ingrés, però la part d'admissió no la toquen.

Pel que fa a les dificultats, limitacions o necessitats que observen els professionals envers els usuaris diagnosticats amb patologia dual, trobem diferents respostes on les educadores, com a professionals del dia a dia a la CT, observen més dificultat d'adaptació als canvis i més dificultats de relació, on tot el que engloba el concepte grupal és més difícil treballar-ho. També necessiten més temps de descans, on s'han hagut d'anar fent canvis als horaris de la CT a mesura que anaven arribant usuaris amb patologia dual, de manera que es va programar l'hora de la migdiada després de dinar per a tots els usuaris derivada de totes les persones amb patologia dual que necessitaven més pauses, descansos i mantenir un bon son, ja que no poden seguir un ritme tant accelerat.

El psiquiatra especifica problemàtiques segons el trastorn de cada persona; per exemple, "una persona paranoide li costa seguir més les normes i, de vegades, si se l'exigeix més o se'l rectifica, els augmenta la paranoia; una persona amb una depressió bipolar amb característiques endògenes (falta de plaer), moltes vegades, estaria al llit cada dia perquè no poden aixecar-se i, en CTs com "La Coma", d'alta exigència, se'ls ha d'adaptar i ajustar el tractament segons el seu perfil" (P3). Afegeix que, des del CAS, s'hauria de valorar alguna CT de menys exigència per aquests tipus de perfils ja que, de vegades, s'ha de derivar a la persona a un altre recurs perquè per molts ajustaments que es facin no s'acaba d'adaptar i es pot arribar a descompensar més. Tal i com afegeix la psicòloga (P4), "es necessiten més recursos per oferir una millor atenció, ja que la patologia dual és molt àmplia i tenen necessitats molt diferents".

La patologia dual no s'aborda de cap manera específica, ja que no hi ha cap criteri general per atendre-la, perquè poden tenir necessitats molt diverses, des de demandes

d'atenció, a nivell físic, conductual, d'alimentació, entre d'altres. Tots els professionals coincideixen en què s'adapta a cada persona segons les seves limitacions. És un tractament centrat en la persona, per tant, s'adapta tot el que sigui necessari a la persona. "Pero hay determinadas cosas que las podemos hacer a nivel grupal, entonces se adaptan a nivel grupal, porque si no implica ningún tipo de cambio a la hora de hacer las actividades, (...) se pueden cambiar para todo el grupo y, que esta persona se sienta siempre integrada dentro de las actividades, porque si no es como ir separándolas" (P1). Els canvis que només es poden fer a nivell individual, es modifica el PTI individualitzat per a cada usuari, sinó, es treballa de forma transversal amb tot el grup.

Com a propostes per a realitzar algun canvi de millora a la CT "La Coma", la psicòloga i el psiquiatra suggereixen diferents coses: des de més ràtio de professionals, més formació i més recursos econòmics fins a més temps lliure per la gent, per l'alta exigència de la comunitat. El psiquiatra, que és especialista en psicoteràpia breu de tipus estratègica, accentua la importància del canvi a través del pensament i l'acció, d'aquesta manera, el temps lliure, permet trobar moments als usuaris per a trobar-se a un mateix, fer meditació, ioga, caminar pel camp, entre d'altres propostes encaminades en aquest sentit. Les educadores remarquen els diferents canvis i el procés d'adaptació que han hagut de fer durant els últims anys per poder atendre a les persones amb patologia dual i recalquen la importància d'anar adaptant el programa en funció de les problemàtiques que van sorgint, podent donar una resposta adequada a cada una d'elles.

Majoritàriament, no consideren que hi hagi cap relació entre els usuaris que recauen i els que tenen un diagnòstic de patologia dual, encara que apunten que, possiblement, tindran majors dificultats per mantenir l'abstinència degut a les crisis més freqüents que tenen, així com també dependrà de quin tipus de trastorn tinguin i els límits propis que es puguin marcar.

En la mateixa línia, la psicòloga (P4) i l'educadora (P1) no consideren que hi hagi una relació directa entre els abandonaments (altes voluntàries) i les persones amb diagnòstic dual, en canvi, els altres dos professionals consideren que tenir un trastorn mental sí que condiciona el fet d'abandonar el tractament, per la dificultat d'adaptar-se a les dinàmiques i el tractament grupal.

Pel que fa al gènere, hi ha discrepàncies entre si s'aborda o no, encara que les dues educadores afirmen que sí que es té en compte en el treball grupal ja que hi ha una

dinàmica setmanal de grups de gènere, en canvi, a nivell individual, només es tenen en compte les necessitats de cada usuari independentment del gènere.

Pel que fa a la medicació o sobre medicació dels usuaris, a “La Coma” s’intenta ajustar la pauta amb la menor medicació possible, encara que porta un procés. No es comença a ajustar fins al cap d’un mes de l’ingrés, per tal que s’adaptin correctament al tractament sense tenir cap descompensació per la modificació de la pauta mèdica, ja que normalment arriben molt medicats.

El psiquiatra considera que, en general, es sobre medica a les persones usuàries. Si bé és cert que el lloc ho justifica, ja que la impulsivitat, les males formes i els problemes entre els usuaris pot ser una justificació puntual de la sobre medicació dels usuaris per evitar problemes o abandonaments prematurs, creu que ha de ser puntual o intermitent.

EN RELACIÓ A L’EQUIP PROFESSIONAL:

Pel que fa a dificultats o limitacions tant a nivell personal com entre l’equip professional per abordar la patologia dual, coincideixen amb la falta de recursos i la poca formació que han tingut al trobar-se amb aquest nou perfil una vegada ja estaven treballant. Han hagut de formar-se molt i aprendre a base de l’experiència. Consideren que falta més formació específica per als professionals de l’àmbit de les addiccions sobre salut mental, encara que amb els anys, han anat adquirint coneixement i formes d’intervenir. L’educadora (P1) remarca: “Ojalá pudiéramos tener aquí al psiquiatra cada día o tres veces a la semana, en vez de una”.

La forma d’abordar la patologia dual així com la forma d’intervenir davant dels conflictes que es presenten al treballar certes patologies, parteix de la primera valoració que se li fa a cada usuari abans d’ingressar. Una vegada és a la comunitat s’acorden els PTIs de cada persona i la línia de treball de cada usuari entre tot l’equip professional.

Remarquen que una de les coses més importants és el treball en equip i la transmissió d’informació entre els diferents torns, per tal de seguir una mateixa línia de treball. Totes aquestes decisions es prenen cada setmana a la reunió d’equip, on es fa una valoració del grup i una individual de cada persona per marcar la línia de tractament a seguir.

EN RELACIÓ A LA INSTITUCIÓ:

Pel que fa a les modificacions de la casa que els professionals creuen convenientes realitzar esmenten diferents idees: el psiquiatra recalca la idea de més temps lliure,

meditació, relaxació, jocs, treball sobre la gratitud, el perdó, entre d'altres, coincidint amb la psicòloga (P4) argumentant que les modificacions que s'han de fer han de servir "per a poder rebaixar el seu nivell d'estrès, pressió grupal i respectar els seus temps de descans" (P4).

Les educadores fan més referència a augmentar la ràtio de professionals per tal que no es trobin tant sols en les diferents responsabilitats i es sentin més acompanyats, més atenció mèdica i psiquiàtrica, així com també remarquen que, més que modificacions, "simplemente es adaptar las actividades que se hagan" (P1).

L'educadora (P1) posa en relleu el poc condicionament de les infraestructures de "La Coma", argumentant que hi ha moltes escales i els terres no són plans, de manera que els usuaris que van molt medicats poden patir caigudes.

EN RELACIÓ AL SISTEMA:

La psicòloga (P4) remarca que cada vegada hi ha més persones amb patologia dual i que no es realitzen canvis al respecte. Al·lega que "molts cops quan hi ha patologia dual, observem que l'usuari ens ve rebotat d'altres recursos per resoldre el tema de drogues i al principi si que se'ls veu una millora però després a vegades empitjoren i acabem realitzant altes mèdiques". Remarca la importància "d'adaptar la durada del tractament en relació al trastorn, i un cop l'addicció s'hagi estabilitzat, hauria de tornar al recurs de salut mental per a seguir treballant aquest" (P4).

L'educadora (P2) posa en evidència les mancances del sistema fent referència a la poca coordinació entre serveis, on no es realitza un seguiment intensiu de cada persona usuària sinó que només es rep un informe de cada persona derivada, ja sigui del CAS o del CSMA, sense cap "*feedback*". Exposa que segurament és per la falta de recursos humans, de personal, però que és necessària una coordinació entre serveis per arribar a l'objectiu de la persona usuària de forma conjunta.

La psicòloga segueix en la mateixa línia que l'educadora, recalcant la importància que hi hagi treball en xarxa, rapidesa i eficàcia en la derivació i comunicació amb altres recursos, ja que "tots els pacients amb addicció són poc constants quan estan en consum actiu, i això dificulta l'adhesió al tractament, el compliment de visites d'admissió, etc." (P4).

Estan d'acord amb la falta de recursos humans en tots els recursos a diferents nivells, des de la disponibilitat diària d'un psiquiatra a una comunitat terapèutica, fins a més suport i acompanyament psicològic als CAS.

Davant d'un diagnòstic dual, els quatre professionals coincideixen en la dificultat de la seva atenció quan resulta ser un cas greu (majoritàriament són greus). Quan un usuari es troba amb un trastorn psicòtic actiu o amb una descompensació psiquiàtrica han de ser derivats a un altre recurs a través d'una alta mèdica. Durant els últims anys, les comunitats terapèutiques també estan fent la feina d'un hospital de dia i d'un procés de desintoxicació simultàniament, ja que arriben gairebé amb consum actiu i se'ls ha de fer una contusió farmacològica, sobretot amb el consum d'alcohol.

Les educadores recalquen la importància de les adaptacions del tractament per a les persones amb patologia dual que tenen moltes descompensacions. A base de l'experiència, s'han trobat que les persones amb un diagnòstic dual tenen una millora molt significativa els primers mesos però al final s'estanquen i es descompensen de manera que acaben retrocedint. En aquests casos, a mesura que han anat passant els anys, han valorat que no és positiu un tractament de 9 mesos per aquests usuaris, sinó que adapten el tractament en 3, 4 o 6 mesos, de manera que el resultat acaba sent positiu.

EDUCACIÓ SOCIAL:

Tots els professionals coincideixen en englobar el paper fonamental de l'Educació Social en l'acompanyament en el dia a dia, tal i com diu el psiquiatra (P3), "un acompanyament des d'un punt de vista de la quotidianitat, no des de la patologia", és a dir, habilitats socials, rutines, hàbits d'higiene, gestió de conflictes, etc. Hi ha una part psicològica i una altra conductual, on es tracta d'acompanyar a cada persona per treballar la seva autonomia, tal i com diu l'educadora (P2).

Pel que fa a les competències i funcions dels educadors socials destaquen l'acompanyament en el dia a dia, tal i com s'ha dit al paràgraf anterior, la gestió d'emocions, i una sèrie de característiques personals com l'empatia, la responsabilitat, la paciència, la tolerància, la capacitat de gestió de conflictes, la mediació, així com saber controlar les emocions d'un mateix per a poder abordar les diferents situacions fora de l'àmbit personal. Remarquen l'experiència com un pilar fonamental per a poder fer un bon abordatge. Per altra banda, el psiquiatra remarca la formació en salut mental,

la mediació de conflictes, afavorir equips de treball, l'expressió d'emocions i orientació al futur (reinserció).

Pel que fa a l'equip professional, destaquen la importància de tenir clares i ben definides les funcions de cada professional, així com la transparència i claredat dins l'equip. Remarquen la importància de treballar conjuntament cap al mateix objectiu a través d'un equip interdisciplinar (equip educatiu i treballador social, equip terapèutic i equip mèdic).

Finalment, esmentar en forma de pensament, les últimes paraules del psiquiatra com a reflexió:

“Jo crec que no hi ha patologies, sinó que hi ha emocions i pensaments que s'han de corregir o que cal canviar. La gent consumeix perquè té una necessitat perquè hi ha una mancança d'alguna cosa. Potenciar què és el que falta enlloc de pensar sempre en que pots recaure. (...) Estar atent sí, alarmes totes, però un malalt sempre no” (P3).

7. ANÀLISI I DISCUSSIÓ

En aquest apartat, es fa un anàlisi crític dels resultats vinculant-los amb el marc teòric.

Si fem una revisió dels antecedents descrits al llarg del treball i els diferents resultats més rellevants agrupats a l'apartat anterior, podem afirmar que hi ha una alta prevalença de patologia dual en les persones drogodependents, ja que segons diferents estudis nacionals i internacionals determinen que un 70% dels usuaris amb problemes d'addicció, tenen diagnosticat un altre trastorn mental (Szerman et al., 2012, citat a Szerman et al., 2016). A petita escala, els resultats de la CT "La Coma", mostren una lleugera diferència en relació als resultats nacionals i internacionals, ja que l'any 2021 van atendre un 56% d'usuaris amb patologia dual, de manera que es col·loca per sota de la mitjana.

Aquest clar augment de les persones amb patologia dual ha posat en el punt de mira la clara separació de les dues xarxes assistencials: la xarxa de salut mental i la xarxa d'addiccions. Sí que és cert que treballen per adaptar i modificar els diferents recursos per a poder atendre a les persones amb patologia dual, però l'escassetat de serveis i recursos humans no ho posen fàcil (González, 2020). Actualment només hi ha 6 UPD i 2 CSMIA a tot Catalunya. Aquests recursos són insuficients per atendre a tot aquest perfil de població, de manera que en el circuit de les dues xarxes s'hi segueix atenent la patologia dual i han hagut d'adaptar-se a aquest nou perfil.

González (2020) afirma que la intervenció de la patologia dual pot requerir de més recursos especialitzats dels previstos inicialment, augmentant així, la durada dels tractaments per la dificultat d'atendre les dues patologies a la vegada a causa de la separació de les dues xarxes, remarcant que una de les conseqüències més predominants és l'abandonament o cessament de tractament. Això és degut a que les persones amb patologia dual presenten conductes més desadaptatives.

La psicòloga de la CT "La Coma" ho afirmava així: "tots els pacients amb addicció són poc constants quan estan en consum actiu, i això dificulta l'adhesió al tractament, el compliment de visites d'admissió, etc." (P4). Per tant, la falta de consciència d'addicció i de trastorn mental, juntament amb la dificultat de gestionar la malaltia mental, sent incapaços d'anticipar-se a les crisis o descompensacions que puguin tenir, condiciona els resultats en els diferents tractaments.

Una de les principals causes del baix èxit en el tractament de les persones amb patologia dual, és que no és tractada simultàniament, ja que moltes vegades s'ha de derivar a la persona a un altre recurs per la falta de recursos i formació per atendre la salut mental,

tal i com diu l'educadora que "afianzas ese periodo de abstinencia y ya dices, tratamiento de 3 meses y a otro recurso" (P1). Per tant, seguint amb el mateix argument iniciat al principi del treball, quan el trastorn per ús de substàncies coexisteix amb un altre diagnòstic psiquiàtric, és necessari fer un abordatge simultani dels dos trastorns, ja que un trastorn va lligat a l'altre.

Un trastorn mental no tractat condiciona els resultats de tot el procés terapèutic. Així ho afirmen els professionals de la CT "La Coma" argumentant que ha de ser derivat a un altre recurs a través d'una alta mèdica.

En aquest sentit, ens trobem que no s'està actuant des del model integrat, ja que els professionals ho argumenten així: "Hay personas que las derivamos a los 3, 4, 6 meses. Afianzas ese periodo de abstinencia y se deriva a otro recurso" (P1). El psiquiatra argumenta que els hospitals de dia no accepten a ningú que no mantingui l'abstinència per a tractar-se el trastorn mental, encara que sigui el consum d'un porro al mes.

Això demostra la poca flexibilitat dels recursos i justifica el seguiment del model seqüencial o paral·lel en alguns serveis.

L'educadora (P2), enfoca la base del problema en la poca coordinació entre recursos i la falta de seguiment, al·legant que un cop l'usuari és derivat a una CT, el CAS o el CSMA se'n despreocupen. Assenyala la falta de coordinació i seguiment per part del CAS i el CSMA durant el tractament a CT, qui considera que haurien de seguir fent visites als usuaris per treballar en xarxa i arribar a l'objectiu comú a través d'una mateixa línia de treball/tractament. Aquests arguments coincideixen amb Rodríguez (2010), qui assenyala la importància de la complementarietat en un equip multidisciplinar, on cada membre realitza una part de la feina per culminar amb la globalitat d'un projecte.

Per tant, la coordinació, la comunicació, la complementarietat, la confiança i el compromís, són conceptes clau per a poder fer un abordatge integral a través del treball en xarxa i el treball en equip amb un equip multidisciplinar.

D'acord amb Roncero i Casas (2016), la patologia dual en una comunitat terapèutica s'atén des d'un enfocament biopsicosocial, on es tenen en compte les variables i aspectes biològics, psicològics i socials per a poder realitzar un abordatge integral. Comas (2010) afegeix que és a la vegada sanitari, psicosocial i educatiu, on l'objectiu principal és l'intent de reproduir la vida quotidiana real, la qual és la font d'un

aprenentatge social. Aquest mateix autor ressalta la pressió del sistema general sobre aquests recursos, on se'ls deriva tots aquells casos que no saben on encaixar i que requereixen un recurs residencial. Això demostra, encara més, la gran separació de les dues xarxes assistencials de salut mental i d'addiccions.

Per a tractar la patologia dual s'utilitzen fàrmacs i teràpia psicològica. Roncero i Casas (2016) accentua la insuficiència dels fàrmacs per tractar simultàniament el trastorn mental i la dependència de les drogues, on, en ocasions, s'acaba sobre-medificant als usuaris.

Els professionals de la CT "La Coma" coincideixen amb l'argument de Roncero i Casas (2016) on sí que és cert que s'intenta ajustar la pauta amb la menor medicació possible, però tot porta un procés. No se'ls modifica la pauta fins al cap d'un mes, quan s'han adaptat correctament al tractament sense tenir cap descompensació per la modificació de la pauta mèdica, ja que normalment arriben molt medicats. Tots els professionals coincideixen que es sobre-medica la patologia mental i, encara més, la patologia dual. Argumenten que el recurs ho justifica, ja que la impulsivitat, les males formes i la convivència poden ser motius de descompensació, i amb la medicació evites conflictes o abandonaments prematurs. Tot i així, consideren que ha de ser puntual o intermitent, per evitar aquesta sobre-mediació.

Segons les dades extretes del qüestionari, podem constatar l'elevada contenció farmacològica que reben els usuaris, on gairebé el 75% dels usuaris reben tractament farmacològic.

Pel que fa a dades quantitatives, trobem que el número de tractaments iniciats a la XAD l'any 2020 va ser d'un total d'11.353 persones, de les quals un 76'5% eren homes. Encara que no podem fer una comparació directa, sí que és rellevant esmentar que la xifra de persones enquestades que, actualment es troben en tractament a "La Coma", són pràcticament idèntiques, representant un 73'3% els homes i, tan sols un 26'7% de dones.

Si fem un anàlisi comparatiu amb dades quantitatives respecte la CT "La Coma" i altres estudis que s'han realitzat anteriorment sobre la prevalença d'abandonaments terapèutics en usuaris diagnosticats amb patologia dual, trobem que en l'estudi de Garcia et al. (2013), només el 29'5% de la mostra va rebre l'alta terapèutica, davant del 21% dels usuaris amb patologia dual que la van rebre a la CT "La Coma". Un altre estudi

de Fernández et al. (2004) mostra que el 76'2% dels residents tenen un trastorn de personalitat, i més de la meitat de la mostra presenta més d'un trastorn, coincidint amb les dades mostrades al principi de l'apartat. Per altra banda, aquest mateix estudi revela que hi ha un abandonament del 72'2% de les persones amb dos o més trastorns, i d'un 33'3% de les persones que només en presenten un o cap. A "La Coma" el percentatge d'abandonament entre els usuaris amb patologia dual es situa al 56%, entremig de les dues dades anteriors, ja que engloba a tots els usuaris amb diagnòstic dual, sense diferenciar si tenen només un trastorn mental o més d'un.

A través d'aquestes dades podem afirmar que hi ha una relació entre l'abandonament i la patologia dual, contradient al pensament o intuïció dels professionals de la mateixa comunitat, qui no consideraven que hi hagués una relació directa entre aquestes dues variables. Només apuntaven que la patologia dual condicionava per l'adaptació a la normativa, les dinàmiques i el tractament grupal, així com també una major dificultat per mantenir l'abstinència, però en cap cas, hi havia una relació directa entre l'abandonament i el diagnòstic dual.

Totes aquestes dades demostren la necessitat de realitzar un canvi per a millorar l'adherència i l'èxit en el tractament en les persones usuàries amb patologia dual. Coincidint amb González (2020) i autors com De León (2004), els professionals asseguren que s'han hagut d'adaptar als nous perfils d'usuaris a través de la flexibilització horària, proporcionar més estones de descans i temps lliure planificat, adaptar el PTI individualitzat segons les limitacions de cada usuari, adaptar activitats, entre altres, per tal de rebaixar el nivell d'estrès i la pressió grupal.

Manifesten haver après a base de l'experiència intervenint aquest tipus de perfils, on abans no es tenia en compte la patologia dual, inclús havia sigut un motiu d'exclusió. Actualment, la majoria de trastorns formen part de les patologies dins de l'Eix II (P3) segons la classificació DSM-V.

Remarquen la falta de formació en salut mental, la baixa ràtio de professionals, els pocs recursos econòmics i materials, així com també la baixa disponibilitat d'atenció mèdica i, sobretot psiquiàtrica, com a problemes principals per a l'abordatge integral de la patologia dual. Els usuaris coincideixen amb els professionals, recalcant la falta de recursos, teràpies i tutories, la poca disponibilitat del psiquiatra a la CT, així com també la falta de formació en salut mental per part dels professionals. Un 30'8% dels usuaris consideren que no reben un tractament no farmacològic per tractar els trastorns mentals, de manera que expressen la necessitat d'abordar la salut mental per part dels

professionals, coincidint amb De León (2004) qui planteja com a canvis de millora, la formació intensiva dels professionals i ampliar els espais de psicoteràpia individual.

Per altra banda, com a eix transversal al llarg del treball, trobem el gènere i l'estigma en les addiccions i els trastorns mentals, com a variables interseccionals en l'abordatge de la patologia dual en una CT.

Tal i com ens mostren les dades, els trastorns per ús de substàncies són més predominants en homes que en dones, però les dones consumidores mostren una major prevalença de patologia dual en comparació als homes. Les dones, però, només representen un 25% del total de les persones ateses en els recursos de la XAD. Això no vol dir que les dones no siguin consumidores de drogues, sinó que degut a l'estigma i les connotacions negatives que reben per part de la societat, juntament amb els rols i patrons de conducta socialment imposats a cada sexe (mare o cuidadora de la llar), acaba ocasionant un consum de forma amagada i sola, amb la repercussió posterior de l'accés tardà als recursos de salut mental i addiccions per veure's més travades a quedar-se al nucli familiar.

D'aquesta manera, a la CT "La Coma" es té en compte el gènere a nivell de tractament grupal. El programa terapèutic compta amb una activitat de grups de gènere per a poder, sobretot a les dones, crear un espai de confiança i suport mutu, ja que en el dia a dia hi ha molts conflictes entre el grup, sobretot lluita de poders, de manera que per equilibrar les forces s'ha de treballar des d'una perspectiva de gènere a nivell grupal. A nivell individual no es tracta el gènere com a tal, sinó les necessitats individuals de cada usuària.

Finalment, en relació a l'educació social, és la disciplina amb els professionals més directament associats al treball educatiu. Abans s'ha fet menció del sentit de la CT com l'intent de reproduir la vida quotidiana real, coincidint amb la definició que aporta el psiquiatra de "La Coma" referint-se a la tasca principal dels educadors socials com "un acompanyament des d'un punt de vista de la quotidianitat, no des de la patologia" (P3).

Per tant, cal recalcar la necessitat dels educadors socials per a l'abordatge de la patologia dual amb la frase de Funes (1999) citat a Olivar (2005) afirmant que, "a menudo, los factores socializadores serán la parte más importante del proceso de recuperación". Per tant, cal entendre la figura d'un educador social en una comunitat terapèutica com un pilot en la conducció d'un avió, és a dir, fonamental.

Una de les branques obertes en la professió de l'educació social és la constant formació en relació al seu àmbit, en aquest cas, salut mental i addiccions, ja que tal i com s'ha mencionat anteriorment, la intervenció de la patologia dual s'ha anat adaptant a mesura que s'anava topant amb aquest tipus de perfils i a través de l'experiència.

Les diferents funcions dels educadors socials que queden definides a la "*Taula 3: Funcions dels educadors socials*", engloben el conjunt de la professió i les diferents tasques que realitzen a les comunitats terapèutiques, coincidint amb les enumerades pels diferents professionals de la comunitat.

8. CONCLUSIONS

Al llarg del treball, s'ha pogut fer una revisió exhaustiva dels diferents antecedents teòrics sobre el fenomen del tractament de la patologia dual a les comunitats terapèutiques, per després, a través de la segona i tercera fase, poder fer una investigació en concret a la CT "La Coma" de Monistrol de Montserrat investigant els elements que intervenen en l'abandonament del tractament de les persones amb diagnòstic de patologia dual.

En aquest sentit, tal i com s'ha fet la comparació i anàlisi a l'apartat anterior sobre la relació entre el marc teòric i les troballes destacades en les diferents entrevistes i qüestionaris, podem constatar que hi ha molts pocs estudis sobre el fenomen del tractament de les persones amb diagnòstic de patologia dual a les comunitats terapèutiques catalanes i espanyoles, tot i que podem afirmar que cada vegada s'atén més aquest tipus de perfils a les CT per la gran separació de les dues xarxes assistencials i la falta de recursos especialitzats en patologia dual. Les dades ens mostren que les xifres d'abandonament ronden el 70%, sent aquesta una xifra molt elevada.

Les necessitats i dificultats que s'han pogut detectar dels usuaris i usuàries amb patologia dual per l'adhesió al tractament són diverses, des de la dificultat de relació, seguiment de les normes i convivència, fins la falta d'espais de descans, la seva poca constància i la dificultat per no saltar-se els límits personals.

Pel que fa als professionals, és important ressaltar l'aprenentatge que han obtingut a base de l'experiència en comptes d'una formació en salut mental i sobre la intervenció en patologia dual en el moment en què va començar a guanyar terreny aquest perfil d'usuaris. Altres aspectes rellevants que entorpeixen o dificulten la intervenció amb els usuaris amb patologia dual, és la poca ràtio de professionals a les CT, la poca disponibilitat del psiquiatra, la falta de recursos materials i econòmics, així com també les escasses estones de teràpia grupal i teràpia psicològica individual.

Per tant, podem concloure que entre els elements que conformen i influeixen en l'abandonament del tractament en els usuaris diagnosticats amb patologia dual, hi trobem la falta de formació per part dels professionals (sobretot en salut mental), la separació de les dues xarxes assistencials, la poca coordinació i treball en xarxa entre recursos, així com també la no incorporació del model integrat en el tractament de la patologia dual, juntament amb les mateixes dificultats que presenten els usuaris amb patologia dual i les limitacions de les activitats dins de la CT "La Coma".

Pel que fa a l'educació social, s'ha pogut remarcar la importància de la professió dins de l'àmbit d'addiccions i la salut mental, concretament a les CT, qui s'encarreguen de la part més educativa, reproduint el dia a dia des de la quotidianitat, resolent situacions de conflicte. Són els professionals que es troben més propers als usuaris i qui poden fer intervencions directes i constants en tot moment. "La educación social tiene que estar en todos los ámbitos, por lo tanto, juega un papel súper importante, porque si no es como si fuera así... «*si es con patología dual no hace falta la educación social*» sería una barbaridad, con lo cual juega un papel tan importante como si no fuera dual" (P1). Cal no deixar de banda, però, que l'atenció professional en una CT, a més a més de l'educació social, requereix d'un equip interdisciplinar ben format en diferents àmbits per a poder tractar qualsevol tipus de perfil d'usuaris.

Limitacions de la recerca:

Per altra banda, cal tenir en compte les limitacions d'aquesta recerca a l'hora d'interpretar i transportar els resultats obtinguts ja que la mostra ha sigut relativament petita, centrada en una sola CT catalana, de manera que no es pot traslladar com a resultat general, encara que l'estudi ofereix una visió sobre la falta de coordinació entre recursos i les conseqüències de la gran separació entre les dues xarxes assistencials.

Pel que fa al marc teòric, tot i que en la recerca bibliogràfica s'observen limitacions en relació a la diversitat i buidatge, ja que es pot observar una falta de major necessitat de rigor per diversificar les fonts d'informació i utilitzar uns criteris de selecció que siguin amb més especificació, s'han pogut recollir els diferents antecedents fonamentals per a contextualitzar la recerca, on s'ofereix informació valuosa sobre altres estudis realitzats a altres CT, així com també la magnitud de les xifres exposades.

Finalment, els resultats de l'enquesta als usuaris poden resultar esbiaixats degut a conflictes sorgits a la comunitat terapèutica per motius aliens a l'estudi, moments abans de respondre l'enquesta.

En aquest sentit, tenint en compte els resultats obtinguts i les limitacions d'aquesta recerca, es proposen les següents línies d'investigació futures.

Prospectiva i línies futures de recerca:

En primer lloc, futures recerques són necessàries per incorporar la perspectiva dels familiars d'usuaris amb diagnòstic de patologia dual, els quals poden aportar una visió més àmplia sobre les possibles necessitats que ells perceben.

Un altre aspecte significatiu que pot recollir-se com a futura línia d'investigació, és l'accés com a mostra dels usuaris que han estat cessats en un tractament en una CT, així com també els que han abandonat o els que han rebut l'alta terapèutica, per tal de poder contrastar opinions i visions.

Per últim, poder fer una investigació més àmplia, estenent-se a través del contacte amb els CAS i els CSMA del qual els usuaris són derivats o tornen a accedir-hi quan tenen una recaiguda poden ajudar a tenir una visió més profunda i fonamentada sobre la situació actual dins la xarxa.

Encara que la mostra ha sigut relativament petita perquè s'ha centrat en una sola comunitat terapèutica, sí que ha permès posar llum a través dels resultats, una possible escaleta per a futures investigacions.

La constant investigació, avaluació i evolució dels diferents recursos és necessària per a poder realitzar un abordatge integral i escurçar el procés de tractament i derivació dels diferents usuaris i usuàries amb patologia dual atesos.

Com a conclusió final, trobem una cita de Zimberg (1996), on ja esmentava les conseqüències sobre el principal problema en l'atenció a les persones amb patologia dual degut a la separació de les dues xarxes de salut mental i addiccions:

“Con frecuencia se ha rechazado su admisión a tratamiento y se han desviado hacia otros programas o simplemente se los ha ignorado por considerarlos intratables o de mal pronóstico” (Zimberg, 1996, p. 21).

En aquest sentit, és important tenir en compte l'any en què es va publicar i els pocs canvis que hi ha hagut fins ara, podent plasmar, a dia d'avui, la mateixa cita de fa 26 anys.

9. BIBLIOGRAFIA

Álamo, P. (s.d.). *¡Depende de ti! Guía de salud mental con perspectiva de género*.
<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Perspectiva-Genero.pdf>

Alvaro, J. (s.d.). Salud mental. *Universidad Complutense de Madrid*.
https://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm

American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico DSM-IV TR*.
<https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>

Apud, I. y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>

Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica*.
https://www.academia.edu/9153815/Fidias_G_Arias_El_Proyecto_de_Investigaci%C3%B3n_5ta_Edici%C3%B3n

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C. ... Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25, 118-127.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/59/58>

ATRA. (s.d.). Programa Terapèutic de la Comunitat Terapèutica "La Coma". *Comunitat Terapèutica "La Coma"*.

ATRA. (2022). Memòries internes de la Comunitat Terapèutica "La Coma". *Comunitat Terapèutica "La Coma"*.

Balash, M., Causa, A., Faucha, M. y Casado, J. (2016). *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya* 2016.
<https://obertament.org/images/Presentaci%C3%B3%20Acte/Estigma%20a%20Catalunya%202016.pdf>

Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L. y Dr. Santed, M. A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento: informe de investigación*.
https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

Bequir, S. (2020). Adicción vs Dependencia. *Instituto Castelao*.
<https://www.institutocastelao.com/adiccion-vs-dependencia/>

Berruecos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 49, 61-81.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v17n49/v17n49a5.pdf>

Caballero, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine, Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, Serie 9, 84, 5389-5395.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2347662>

Campo-Arias, A., Oviedo, H. y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3), 162-167.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502014000300007&script=sci_abstract&tlng=es

Capellá, A. (2001). Modelos y paradigmas en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 80, 3-5.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000400001&lng=es&tlng=es

Catalunya. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, 10 d'octubre 2007, 138. https://benestarsocial.paeria.cat/serveis-socials/20071004_Lleiserveissocials_tcm3264578.pdf

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2021). *Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19*. CIS.

Comas, D. (2010). Capítulo 1. La Comunidad Terapéutica: una perspectiva metodològica. A Comas, D. (eds.), *La metodología de la Comunidad Terapéutica* (13-41).

Confederación Salud Mental España. (2020). *Apuntes sobre patología dual. Propuestas de la Red Salud Mental España*.
<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>

Confederación Salud Mental España. (2021). *Salud Mental y COVID-19: Un año de pandemia*.
<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf>

Coordinadora de comunitats terapèutiques, pisos de reinserció i centres de dia per a drogodependents de Catalunya. (2010). Document definició model de les comunitats terapèutiques. *Coordinadora de comunitats terapèutiques, pisos de reinserció i centres de dia per a drogodependents de Catalunya*.

Davicino, V. (2009). *Abordaje de la Patología Dual en la Comunidad Terapéutica Nazareth: implementación de Talleres Reflexivos*. [TFG, Universidad Empresarial Siglo 21]. Repositorio UESIGLO21. https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/10357/TFG_VDAVICINO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Escudero, C. (2019). Género y toxicodependencia una mirada interseccional. *Tareas*, 162, 107-126. <https://www.redalyc.org/journal/5350/535059263010/html/>

Espanya. Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat. Boletín Oficial del Estado, 29 d'abril 1896, 102. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Espanya. Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre 1988, nº 274, 32464-32467. <https://www.boe.es/eli/es/l/1988/11/11/34>

Espanya. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado, 27 de diciembre 2005, nº 309, 1-22. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2005/BOE-A-2005-21261-consolidado.pdf>

Fàbregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., Méndez, J. L. i Fernández de Sevilla, P. (2018). *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-estilo-salud-mental-catalan.pdf>

Fernández, J., Fontoba, J., Díaz, S., Pascual, F. (2021). Concurrencia de trastorno por consumo de sustancias y de otro trastorno mental en personas en tratamiento por alguno de ellos en España. *Adicciones*, xx(x), xx-xx. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1692/1293>

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. i Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 271-283.

Fernando, L. i Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (125), 111-121. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000100008

García, S. i Andrade, P. (1994). El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mentales. *Salud mental*, 17(1), 32-44. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/515

García, V., Luque, E., Madoz-Gúrpide, A. i Ochoa, E. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, 25 (4), 300-308. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289128726003.pdf>

Generalitat de Catalunya. (2017). Xarxa de recursos assistencials. https://drogues.gencat.cat/ca/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/index.html

Generalitat de Catalunya. (2020). Atenció a la salut mental i addiccions. *CatSalut. Servei Català de la Salut*. <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>

Generalitat de Catalunya. (2017). CIM-10. *CatSalut. Servei Català de la Salut*. <https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/registres-catalegs/catalegs/diagnostics-procediments/cim-10/>

Goffman, E. (1976). Síntomas psiquiátricos y orden público. En L. Forti (Comp.). *La otra locura*. Tusquets Editor. Barcelona.

González, G. (2020). Patología dual. Definició, història i recursos. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 77-92. <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/368875>

Gutiérrez, MG., Peña, L., Santiuste, M., García, D., Ochotorena, MM., San Eustaquio, F., Cánovas, M. (2019). Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV. *Atlas VPM*, 220-222. <https://www.atlasvpm.org/wp-content/uploads/2019/06/Comparaci%C3%B3n-de-los-sistemas-de-clasificaci%C3%B3n-de-los-trastornos-mentales-CIE-10-y-DSM-IV.pdf>

Hernández, R. (2014). Capítulo 7: Concepción o elección del diseño de investigación. A Hernández, R. (eds.), *Metodología de la investigación* (6a ed., p. 127). <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

- Hernández, R. (2014). Capítulo 14: Recolección y análisis de los datos cualitativos. A Hernández, R. (eds.), *Metodología de la investigación* (6a ed., p. 403). <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X. i Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 234-258. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30153606/>
- IAS. (2017). Preguntes freqüents sobre els trastorns mentals. *Salut Mental a la comunitat i a la feina*. <http://www.ias.cat/ca/noticies/salutmental/891>
- Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). (2021). Tractament per drogodependència. Per tipus de droga, sexe, grups d'edat, situació laboral, i nivell d'instrucció. 2020. GenCat. <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=822>
- Jiménez, M.L., Guzmán, R. (2012). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *Oñati Socio-legal Series*, 2 (6), 77-96. <https://opo.iisj.net/index.php/osls/article/view/137>
- Lorenzo, P. i Martín del Moral, M. (2009). Capítulo 1: Conceptos fundamentales en drogodependencias. A Médica Panamericana (eds.), *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Legislación.* (1-25). https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Terminos_en_adicion.pdf
- Marín, R., Fuente, A., Cano, G., Villalobos, L., Bucay, L., Larios, L. i Ambriz, A.K. (2015). Mujeres con patología dual: características clínicas y de tratamiento. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 1 (1), 41-49. <http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2015.1.06/128>
- Marsden, J., Stewart, D., Gossop, M., Rolfe, A., Bacchus L., Griffiths, P. i Clarke, K., Strang, J. (2000). Assessing Client Satisfaction with Treatment for Substance Use Problems and the Development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). *Addiction Research*, 8 (5), 455-470.
- Martí, N. (s.d.). *La drogodependència: dels inicis als nostres dies. Perfil de la persona amb addicció i evolució dels tractaments*. CECAS. <https://www.cecasfundacio.cat/wp-content/uploads/2015/04/drogodependencia-dels-inicis-als-nostres-dies.pdf>
- Martínez-Gras, I., Ferre Navarrete, F., Pascual Arriazu, J., Peñas Pascual, J., De Iceta Ruiz de Gauna, M., Fraguas Herráez, D., Rubio Valladolid, G. i GIPA. (2016). Psychiatric

comorbidity in a sample of cocaine-dependent outpatients seen in the Community of Madrid drug addiction care network. *Adicciones*, 28, 6-18.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/785/748>

National Institute on Drug Abuse. (2018). Comorbidity: Substance Use Disorders and Other Mental Illnesses. *DrugFacts*.
<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/comorbilidad-los-trastornos-por-consumo-de-drogas-y-otras-enfermedades-mentales>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2021). *Informe Europeo sobre Drogas 2021: Tendencias y novedades*.
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_ES0906.pdf

O'Connor, R.C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E. i Robb, K. A. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UKCOVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*, 21(218), 326-333.
<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/F7321CBF45C749C788256CFE6964B00C/S0007125020002123a.pdf/mental-health-and-well-being-during-the-covid-19-pandemic-longitudinal-analyses-of-adults-in-the-uk-covid-19-mental-health-and-wellbeing-study.pdf>

OECD/European Union. (2020). Health at a Glance: Europe 2020: *State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

Olivar, A. (2005). La educación social en el tratamiento de drogodependencias. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 3(1), 159-186.

OMS. (1946). Acta constituyente de la Organización Mundial de la Salud.
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

OMS. (2019). ICD-10. Chapter V: Mental and behavioural disorders. (F00 – F99).
<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/V>

OMS. (2020, agosto 27). Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental. Comunicado de prensa. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>

Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. (s.d). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Pascual-Pastor, F., Fernández-Miranda, J. J., Díaz-Fernández, S. i Sala-Añó, C. (2017). *Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales*. <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Comorbilidad/0-GUIA-COMORBILIDAD.pdf>

Pascual, M. i Pascual, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29 (4), 223-226. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/1038/901>

Pedrero-Pérez, E. (2018). Trastornos de la personalidad en personas con adicción: Conglomerados diagnósticos y variables psicológicas asociadas. *Behavioral Psychology*, 26, 473-493.

Pereiro, C., Pino, C., Flórez, G., Arrojo, M. i Becoña, E. (2013). Psychiatric comorbidity in patients from the addictive disorders assistance units of Galicia: The COPSIAD study. *PIOS One*, 8(6). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0066451>

Pineda, J. i Torrecilla, M. (1999). Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas. *Trastornos adictivos: Organo Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*, 1(1), 13-21. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-mecanismos-neurobiologicos-adiccion-drogas-13010676>

Riberas, G. i Vilar, J. (2014). La praxis reflexiva: un reto para la educación social. *Revista Edetania. Estudios y propuestas socio-educativas*. N. 45, 129-142, <https://revistas.ucv.es/index.php/Edetania/article/view/177>

Rodríguez, I. (2010). Capítulo 4. Aprendiendo a trabajar en equipo: competencias básicas para ser eficaces. A Comas, D. (eds.), *La metodología de la Comunidad Terapéutica (86-137)*.

Roncero, C. i Casas, M. (2016). *Patología dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos*. Marge Medica Books.

Room R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24, 143–155.

Salut i Més. (2015). Preguntes freqüents addiccions. *Salut i Més*. <http://www.salutimes.cat/wp-content/uploads/2015/02/preguntes-freqüents-addiccions.pdf>

Schiaffino, A. i Medina, A. (2020). L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya: Resum executiu dels principals resultats de l'ESCA del 2019.. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2019/resum-executiu_ESCA-2019.pdf

Schiaffino, A. i Medina, A. (2021). L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya, 2020: Resum executiu dels principals resultats de l'ESCA del 2020. . https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2020/resum-executiu-ESCA-2020.pdf

Sevilla, K. (s.d.). *Intervención en Equipos Interdisciplinarios, Multidisciplinarios y Transdisciplinarios: Reconstrucción de experiencia profesional*. https://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_60613_60613.pdf

Sixto, A. i Olivar, A. (2018). Educación social y trabajo social en adicciones: recuperar el territorio colaborando. *Revista de Educación Social*, 26, 141-158. <https://eduso.net/res/revista/26/el-tema-es-y-ts/educacion-social-y-trabajo-social-en-adicciones-recuperar-el-territorio-colaborando>

SMC (2021). Dona i salut mental, contra la doble discriminació. Salut Mental Catalunya, Generalitat de Catalunya. <https://www.salutmental.org/dona-salut-mental-doble-discriminacio/>

Szerman, N. (2016). Protocolos de intervención patología dual. *Introducción a la conceptualización de la patología dual*. <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/0-intro-pdual-dr-szerman.pdf>

Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R. i Harrison. P. J. (2020). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354

COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8, 130-140.
[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(20\)30462-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(20)30462-4.pdf)

Torrens, M., Mestre-Pintó, J., Montanari, L., Vicente, J., Domingo-Salvany, A. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29, 1, 3-5.
<https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/34093/torrens-adi-pato.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Torres, M. (s.d.). *Persones amb malaltia mental: Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència*.
https://ioc.xtec.cat/materials/FP/Recursos/fp_apd_m05_/web/fp_apd_m05_htmlindex/media/fp_apd_m05_material_paper.pdf

Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica: incluye evaluación y administración de proyectos de investigación*. Limusa.

Torrens, M., Mestre-Pintó, J.I. i Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. *Insights*, 19.
<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1988/TDXD15019ENN.pdf>

Vilar, J., Riberas, G. i Rosa, G. (2014). El compromiso de la universidad frente a un mundo incierto y complejo. Propuestas para la formación de profesionales reflexivos. *Revista Lugares d'Educação [RLE], Bananeiras Paraíba, Brasil*, 4(9), 132-149.
<http://www.bibliotekevirtual.org/index.php/2013-02-07-03-02-35/2013-02-07-03-03-11/1249-rle/v04n09/13280-el-compromiso-de-la-universidad-frente-a-un-mundoincierto-y-complejo-propuestas-para-la-formacion-de-profesionales-reflexivos.html>

World Health Organization (OMS). (1969). WHO Expert Committee on Drug Dependence. Technical report series, 407, 5-14.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40710/WHO_TRS_407.pdf;jsession-

Zimberg, S. (1996). Introducción y conceptos generales del diagnóstico dual. A Solomon, J., Zimberg, S., Shollar E. (eds). *Diagnostico Dual: Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas* (21). Ediciones en neurociencias.