



Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León
Ilmo. Sr. Director General de Relaciones Institucionales
C/ Santiago Alba, 1
47008 - VALLADOLID

Expediente: 189/2020

Asunto: Solicitud de internamiento de paciente con enfermedad mental unida al policonsumo de drogas y alcohol / Resolución

Centros directivos: Consejería de Sanidad y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

Ilmo. Sr.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

El objeto de este expediente se centra en la problemática sociosanitaria de XXX, el cual padece un trastorno mental, no cumple el tratamiento pautado y hace insostenible la convivencia familiar por sus constantes conductas agresivas, siendo también continuos los problemas vecinales.

Para constatar la situación real de la citada persona, la atención sociosanitaria prestada y la necesidad del internamiento solicitado en la queja, se han llevado a cabo por esta Institución las gestiones de información oportunas con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y con la Consejería de Sanidad, de cuyo resultado procede destacar los siguientes antecedentes:

PRIMERO.- XXX tiene reconocido un grado de discapacidad del 65%, así como su situación de dependencia con un Grado 2.

Acudió por primera vez al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de Zamora en 2010, siendo diagnosticado de esquizofrenia paranoide y trastorno por uso de sustancias.

La relación con sus progenitores es buena, pero no pueden convivir juntos debido a sus conductas conflictivas.

SEGUNDO.- Para el abordaje de sus problemas de drogodependencia, ha



acudido a la Red de Asistencia al Drogodependiente de forma intermitente desde 2011. El 14 de septiembre de ese año ingresó en la Comunidad Terapéutica XXX, obteniendo el alta en fecha 22 de febrero de 2012. Desde entonces ha estado ingresado en la Comunidad Terapéutica XXX en cinco ocasiones, solicitando en todas ellas el alta voluntaria.

TERCERO.- Desde su diagnóstico en 2010, la evolución del paciente ha sido fluctuante, con periodos de buena adhesión a las consultas e integración laboral, fomentados por el abandono temporal del consumo de tóxicos, el cumplimiento del tratamiento y el apoyo familiar, mostrándose el paciente correcto, colaborador, sin alteraciones en la esfera psicótica, sin ideación de muerte ni autolítica y con una capacidad de juicio conservada.

En todos estos periodos se ha intentado generar en el paciente conciencia de enfermedad que le permitiera proceder en su vida diaria de manera más autónoma aunque requiriera ciertos apoyos externos (pisos supervisados, talleres prelaborales y laborales), que siempre ha rechazado por no considerarse con el mismo nivel de gravedad que otros usuarios de estos recursos.

CUARTO.- Por estos motivos, el sistema sanitario estima que se trata de un paciente con capacidad de mejoría hasta poder lograr una vida lo más cercana a la normalidad, con el apoyo de los dispositivos existentes para la enfermedad mental comunitaria, así como el excelente apoyo familiar con el que ha contado. Así, no se ha considerado hasta el momento su derivación a un dispositivo de larga estancia para personas con enfermedad mental grave y prolongada.

Pues bien, parece ser que el abandono de tóxicos, principal motivo de sus recaídas y empeoramiento, se viene consiguiendo con los sucesivos ingresos en la citada Comunidad Terapéutica, no considerándose la necesidad de otro recurso para dar cobertura a sus necesidades asistenciales.

Sin embargo, entendemos que en la actualidad podrían existir motivos suficientes para concluir que la intervención hasta ahora desarrollada no es suficiente para conseguir un resultado favorable en el tratamiento de dicha persona.

Hemos conocido a través de la información facilitada por la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades que XXX ingresó nuevamente el 13 de agosto de 2020 en la referida Comunidad Terapéutica XXX para el abandono de los hábitos tóxicos.

Durante los meses de tratamiento de su adicción en este recurso ha mostrado bastante inestabilidad, no existiendo claridad en sus planteamientos. Se le ha propuesto combinar esta estancia en XXX con terapias ocupacionales en XXX, con el fin de seguir trabajando la aceptación de su discapacidad y sus trastornos del comportamiento, todo



ello con el objetivo de intentar normalizar su vida en la medida de lo posible.

Sin embargo, la respuesta no está siendo la esperada pues el paciente sigue sin verse como el resto de las personas que acuden a los recursos de la citada entidad fundacional, rechazando la asistencia a los mismos. Además, muestra poca adherencia a cualquier tratamiento y poca disposición para aceptar la ayuda que se le quiere prestar. Asimismo, es nula la aceptación de su discapacidad y de las limitaciones que ésta le impone, resultando muy difícil para la mencionada Comunidad terapéutica valorar y proponer qué tipo de recurso o tratamiento podría ser el más adecuado.

Nos encontramos, pues, ante un supuesto en el que podrían haber fracasado las alternativas de tratamiento ofrecidas hasta el momento, no habiendo servido para mejorar la situación del paciente, conseguir su estabilización y recuperación.

La complejidad de este caso podría deberse a su configuración como una patología dual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió, en 1995, la comorbilidad o «patología dual» como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno producido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. Esta es una realidad de elevada prevalencia que ocasiona importantes problemas clínicos, pues el paciente que sufre dos manifestaciones psicopatológicas (una conducta adictiva y otro trastorno mental), disociadas en dos redes de tratamiento separadas, se ve así abocado a poder sufrir el “síndrome de la puerta equivocada”, donde no encuentra la entrada correcta al sistema sanitario.

En este caso se trata de una persona con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Estos pacientes son más vulnerables a desarrollar una dependencia de sustancias. Así, el consumo de drogas en esquizofrénicos es una realidad clínica observada muy frecuentemente, siendo casos especialmente graves, tanto desde la perspectiva psicopatológica como social, pues ensombrece el curso y el pronóstico del paciente, y dificulta el tratamiento psicofarmacológico y el abordaje psicoterapéutico.

Las drogas podrían ser utilizadas por los esquizofrénicos para controlar o minimizar la sintomatología alucinatoria y la ansiedad, para el manejo de los estados emocionales negativos, o para buscar los efectos estimulantes para contrarrestar la sintomatología negativa y sentirse integrados en su grupo de referencia. Por otro lado, se conoce que algunas sustancias psicoestimulantes como la cocaína, las anfetaminas, las metanfetaminas, etc., según la cantidad, el tiempo y la vía de consumo, pueden mimetizar la sintomatología de la esquizofrenia en algunos pacientes. El cannabis, los alucinógenos, las drogas de síntesis, los hongos y la fenciclidina, entre otras sustancias, tienen capacidad para producir sintomatología alucinatoria. Además, las sustancias depresoras como el alcohol o las benzodiazepinas pueden producir sintomatología psicótica en los momentos de abstinencia¹.

1 Sociedad Española de Patología Dual. Sociedad científico médica sin ánimo de lucro, constituida en



Así, estos pacientes presentan más recaídas y rehospitalizaciones y peor adherencia a los tratamientos (Zhornitsky, 2011). Al mismo tiempo, tienen mayores tasas de exclusión social y de suicidio, menor asistencia a los dispositivos de salud y peor pronóstico en comparación con los pacientes no duales, ya que además a menudo presentan otras comorbilidades médicas (infección por VIH, infección por el virus de la hepatitis C, etc.). Asimismo, en estas personas se incrementa el riesgo de no adherencia e incumplimiento del tratamiento.

Pese al cúmulo de evidencias científicas, la patología dual sigue siendo una realidad clínica infradiagnosticada, con un curso clínico más lento y mayor morbimortalidad. De hecho, muchos pacientes con conductas adictivas no se benefician de un diagnóstico adecuado de los “otros” trastornos psicopatológicos que permita una comprensión conjunta y, por tanto, un adecuado tratamiento de esta realidad clínica. La adecuada caracterización de pacientes que presentan clínica psicótica y consumo de sustancias es fundamental para poder realizar un correcto abordaje.

Y es que un tratamiento adecuado de los esquizofrénicos duales comporta una mejoría de los síntomas propios de la esquizofrenia, una disminución de las conductas de búsqueda y consumo de sustancias, un incremento de la calidad de vida y de la satisfacción del paciente y una mejora de la capacidad cognitiva, lo que conduce a una menor utilización de los servicios sanitarios y un mayor bienestar por parte de los familiares del paciente (Green, 2005).

Sin embargo, este tratamiento presenta una serie de problemas y complicaciones, ya que normalmente se realiza en dos servicios de forma paralela, por un lado el de la patología psiquiátrica en un servicio de salud mental con formación predominante médica y, por otro lado, el de la dependencia de la sustancia en servicios específicos para drogodependencias con formación eminentemente psicosocial. Las necesidades de ambos tratamientos a menudo se cubren con enfoques terapéuticos distintos y el modelo médico de psiquiatría podría entrar en conflicto con el modelo psicosocial de los servicios de drogodependencias².

Así, la atención a las personas con patología dual se muestra como un desafío para los profesionales de los servicios y dispositivos de atención en salud mental. La participación de dos redes de atención (adicciones y salud mental) dificulta tanto la intervención como el conocimiento de las posibles necesidades, características y dificultades de los pacientes³.

Todas estas características y problemas plantean el reto y la duda de dónde y

2005 e integrada por más de 2.000 profesionales multidisciplinares que desarrollan su labor en el ámbito clínico, docente y/o investigador en esta materia.

2 “Estudio sobre Comorbilidad en Drogodependientes en Tratamiento en Castilla y León”. F. Javier Álvarez, M.^a Trinidad Gómez-Talegón, Inmaculada Fierro, Antonio Marcos.

3 Confederación Salud Mental España.



cómo se debe realizar la atención de los esquizofrénicos duales. La existencia de recursos asistenciales en paralelo ha hecho insuficiente y poco eficaz la asistencia a los pacientes duales, sobre todo en los casos más graves (Timko y Moos, 2002). En ocasiones esta compartimentación de los tratamientos entre varios dispositivos puede dificultar la coordinación.

Y es que los recursos para el tratamiento de las enfermedades mentales y de las adicciones se suelen organizar de forma paralela o secuencial, lo que se ha asociado a baja adherencia al tratamiento y a un manejo inadecuado de los problemas más frecuentes relacionados con esta comorbilidad. Por este motivo, la implementación de servicios y recursos integrados específicos para pacientes con patología dual constituye un importante reto para profesionales y gestores en salud. La distribución habitual de los recursos de salud mental y drogodependencias, explica que el abordaje que tradicionalmente han recibido la mayoría de estos pacientes sea el modelo de tratamiento en paralelo, por un lado el tratamiento desde la red de salud mental y por otro desde los recursos de drogodependencias. Este modelo parece en ocasiones insuficiente para atender las necesidades de estos pacientes, ya que son atendidos simultáneamente en dos dispositivos, habitualmente separados físicamente y por dos equipos, que intentan coordinarse y complementarse⁴.

No hay una línea divisoria clara que delimite los problemas del abuso de sustancias de los problemas sociales y sintomáticos característicos de la enfermedad (Mueser, 1992). Por eso, el tratamiento del abuso de sustancias en la esquizofrenia necesita integrarse en uno más amplio de rehabilitación psicosocial, con programas de tratamiento especializados que integren los elementos tanto del trastorno psicótico como del trastorno por el uso de sustancias. Incluso un modelo de reducción de daños puede ser más adecuado que la abstinencia, sobre todo durante las primeras fases del tratamiento, cuando el paciente psicótico muestra ambivalencia y dudas en la motivación al cambio (Bellack, 2006).

Estudios en la materia apoyan la eficacia de los programas de tratamiento integrados para patología dual. La experiencia de los clínicos indica que los pacientes con trastorno mental grave y trastorno por uso de sustancias se recuperan en fases de tratamiento que incluyen un importante vínculo terapéutico; el desarrollo de motivación para moderar o eliminar el consumo de sustancias; el desarrollo de estrategias de cambio activas para poder controlar el uso de drogas o lograr la abstinencia; y el mantenimiento del cambio y construcción de apoyos y recursos para evitar recaídas.

Por lo general, el tratamiento se debe organizar desde un punto de vista longitudinal, dividiendo el proceso en etapas, en cada una de las cuales se plantean objetivos y estrategias terapéuticas distintas. El tratamiento efectivo de pacientes con

4 Libro Blanco sobre los recursos para pacientes con patología dual en España.



esquizofrenia dual necesita ser más tolerante que las intervenciones tradicionales y debe abordar las recaídas, refocalizando el tratamiento en una etapa más temprana. Un factor clave para la evolución satisfactoria del paciente es que si se pasa de un tratamiento en régimen de ingreso a uno ambulatorio, se haga de forma planificada y coordinada, con el objetivo de evitar abandonos y rehospitalizaciones (Hellerstein, 1995).

Así, los seis **principios básicos⁵ para organizar un programa de intervención en pacientes con esquizofrenia dual** serían los siguientes:

1. Los programas de tratamiento integrado deben ser accesibles. Todo protocolo de intervención debe favorecer el contacto con los recursos de atención de patología dual. Las derivaciones han de ser flexibles y pueden proceder tanto desde la red de drogodependencias como de la red de salud mental y atención primaria.

2. El tratamiento debe ser individualizado y fomentar la adhesión y la atención a las necesidades específicas. El plan individual para el paciente dual debe marcar objetivos realistas de tratamiento que incluyan la abstinencia o, de no ser posible, la disminución del consumo de sustancias y la estabilización psicopatológica, coordinando los diferentes dispositivos de salud. Para ello, uno de los principales objetivos es el vínculo terapéutico con los profesionales del equipo (médicos, psicólogos, enfermería, trabajadores y educadores sociales).

3. Los programas de tratamiento integrado deben perseguir objetivos realistas a largo plazo y minimizar los riesgos del consumo, trabajando la motivación para la abstinencia. En muchas ocasiones, la abstinencia no es un objetivo a corto plazo. Hay que valorar a cada paciente para promover cambios. Para ello, se deben utilizar talleres de psicoeducación, en los que el paciente pueda aprender a reconocer los efectos nocivos del consumo, y trabajar tanto a nivel individual como en grupos psicoterapéuticos. Es importante atender a los pacientes con un consumo activo para minimizar sus consecuencias, dentro del concepto de reducción de daños (salas de venopunción, reparto de jeringuillas, etc.). La abstinencia es un objetivo de tratamiento, no un prerrequisito para la inclusión.

4. El tratamiento debe ser intensivo, incluyendo un seguimiento intenso, que incluya supervisión del tratamiento farmacológico, controles frecuentes de consumo de sustancias (alcotest, urinoanálisis), funciones de acompañamiento y atención a su situación social. Es más fácil conseguir adhesión dentro de un programa de seguimiento intensivo, que además permite actuar más eficazmente en la prevención de recaídas y abandonos de tratamiento.

5. También debe asegurar la continuidad de los cuidados y del tratamiento de los

5 “*Protocolos de intervención patología dual. Patología Dual en esquizofrenia*”. Carlos Roncero, Carmen Barral, Lara Grau-López, Elena Ros-Cucurull, Miguel Casas.



pacientes. La perspectiva integradora no debe incluir solamente los conceptos relacionados con las alteraciones psicopatológicas o la adicción, sino atender a otras necesidades de salud (VIH, hepatitis C, hipertensión arterial, obesidad, etc.).

6. Y ha de ser ejecutado por un equipo multidisciplinar y atender las necesidades sociosanitarias de los pacientes. Los equipos deben estar formados por personal multidisciplinar, entrenado en salud mental y en drogodependencias, y ser capaces de elaborar un plan de tratamiento completo y objetivos terapéuticos a largo plazo, atendiendo a todas las necesidades de los pacientes.

Abogando, pues, por un modelo de tratamiento integrado, en el que se traten conjuntamente tanto el trastorno mental grave y el trastorno por uso de sustancias, desde una perspectiva integradora con equipos multidisciplinarios, con seguimientos y objetivos a largo plazo, y demostrada la insuficiencia del tratamiento secuencial que se ha aplicado hasta el momento a XXX, parece conveniente diseñar un nuevo modelo de atención para este paciente, que se caracterice por ser accesible, integrado, por tener continuidad y ser acorde a sus exigencias y necesidades específicas.

Debemos entender la patología dual como una situación diferente a la mera suma de ambos diagnósticos, aplicando en este caso un plan de intervención integrado, como proceso a medio/largo plazo, que sea capaz y suficiente para evitar que la citada persona siga presentando reiterados fracasos en su recuperación, falta de motivación, falta de conciencia de la enfermedad y un abandono constante del tratamiento, y esté dirigido a conseguir estos objetivos:

- La adherencia a la intervención integral, fomentando la creación de vínculos terapéuticos estables y consensuados y creando un clima de confianza.
- La continuidad del tratamiento.
- El acompañamiento durante todo el proceso de recuperación, estableciendo intervenciones adaptadas a cada situación.
- Metas terapéuticas concretas alcanzables a corto plazo, para evitar la frustración y favorecer la motivación.
- La asunción progresiva por el paciente de responsabilidades en su proceso de cambio.
- Su comprensión de las consecuencias del consumo de sustancias en el tratamiento, y su posible interferencia con la medicación.
- La adquisición de conciencia de ambas patologías, para mejorar su participación e implicación del tratamiento y hacer que su proceso de recuperación sea más ágil.



Entendemos, en cualquier caso, que el tratamiento de este paciente pueda presentar importantes dificultades a la hora de realizar una valoración y el diseño de la intervención adecuada por su frustrada evolución y la necesidad de implementación de estrategias terapéuticas complejas. Sin embargo, no puede permitirse en ningún caso que quede desatendido.

Es momento de implementar un plan de intervención unificado que tenga en cuenta las necesidades del paciente, que contemple una atención integral, estructurada y prolongada en el tiempo con un proceso de contención intensivo de ambos trastornos, que permita estabilizar las patologías y facilitar una buena evolución posterior del tratamiento, con un equipo multidisciplinar que combine los elementos terapéuticos de ambas redes, mejorando o fortaleciendo su coordinación.

No puede obviarse, además, que la actual situación crítica del sistema sanitario derivada de la contención de la Covid-19, puede incrementar la vulnerabilidad de los pacientes con patología dual. El riesgo de recaídas y reagudizaciones del paciente, debido a factores psicopatológicos, farmacológicos, familiares y sociales, es muy elevado en situaciones estresantes, por lo que el sistema sanitario debe tener presente esta fragilidad. Los pacientes con patología dual, por su especial complejidad clínica, pueden sufrir duramente los efectos de una pandemia que está incidiendo en la disponibilidad de los recursos sanitarios.

Hay que evitar, pues, por todos los medios que el paciente en cuestión continúe con una atención insuficiente, ofreciéndole un tratamiento integral e integrado que dé cobertura a todas sus necesidades asistenciales y abarque todas las fases del proceso terapéutico de la persona. Para ello, además, se cuenta en esta Comunidad con el modelo de coordinación funcional entre la red de salud mental y la red de asistencia a drogodependientes.

En virtud de todo lo expuesto, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, consideramos oportuno formular la siguiente **Resolución**:

1. Que se proceda a establecer y desarrollar un Plan Individualizado de Tratamiento Integral para XXX, que sea adecuado, suficiente y acorde para atender en su totalidad las necesidades asistenciales de este paciente con patología dual, con un abordaje terapéutico intensivo, tanto de la conducta adictiva como del trastorno psicopatológico, a través de un equipo multidisciplinar que convine los elementos y herramientas terapéuticas de ambas redes, mejorando o fortaleciendo su coordinación.

2. Que en este nuevo proceso de intervención coordinada, intensiva, integrada, estructurada y prolongada en el tiempo, se desarrollen todas las estrategias de atención posibles y se favorezca el acceso a una red integrada de



servicios y recursos (comunitarios y hospitalarios) hasta conseguir que el paciente deje de presentar reiterados fracasos en su recuperación, falta de motivación, falta de conciencia de enfermedad y abandono constante del tratamiento y, con ello, se estabilicen las patologías, se facilite una buena evolución del tratamiento, su normalización e integración a todos los niveles.

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente

EL PROCURADOR DEL COMÚN
Tomás Quintana López