

<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.02.17>

Artículo especial

1

ADOLESCENTES Y JÓVENES CON PATOLOGÍA DUAL.

INTERVENCIÓN DESDE UN CAD (CENTRO DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA)

ADOLESCENT AND YOUNG PEOPLE WITH DUAL PATHOLOGY. THERAPEUTIC INTERVENTIONS IN A CAD (DRUG ADDICTION ATENTION CENTER)

Marina Delgado García

Psicóloga Clínica del CAD de Arganzuela. Instituto de Adicciones MadridSalud

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de junio de 2015

Aceptado el 23 de septiembre de 2015

Palabras clave: Patología dual, Adolescente, Tratamiento, consumo de drogas

Key words: dual pathology, adolescent, treatment, drug consumption

RESUMEN

La patología dual en adolescentes y jóvenes integra, dentro de este periodo vital, el consumo de drogas y la existencia de una patología psiquiátrica determinada. Su evolución y tratamiento están enormemente condicionados por las especiales características de este tramo que marca la transición entre la vida infantil y la vida adulta. Surge la definición de la propia identidad que pasa por la exploración del entorno (relaciones, experiencias...) y, en ocasiones, el descubrimiento del consumo de drogas como rito iniciático. Cuando el joven se queda anclado en su consumo surge el problema, y entender por qué es así resulta vital para poder abordar un tratamiento efectivo.

ABSTRACT

The dual pathology in adolescent and young people integrates, within this vital period, drug consumption and the existence of a specific psychiatric disorder. Development and treatment are greatly conditioned by the special characteristics of this period that marks the transition between childhood and adulthood life. The identity goes through the exploration of the environment (relationships, experience ...) and sometimes the drug discovery as an initiation rite. When the young man remains in their consumption the problem arise, and it's very important to understand why it is so vital to address an effective treatment.

La complejidad y dificultad de una intervención diagnóstica y terapéutica con jóvenes y adolescentes con patología dual, así como el volumen creciente de casos en consulta, hacen cada vez más necesario el abordaje de este tema desde una perspectiva multidisciplinar, pero al mismo tiempo desde un acercamiento plural a las diferentes fases del problema, tal y como este cursa en el tiempo y considerando todos los factores que lo condicionan. En este caso, el contacto directo con el paciente en consulta proporciona una oportunidad inestimable

para obtener, organizar e interpretar información muy valiosa que nos permita profundizar en su identificación y tratamiento. Este artículo se ha elaborado a partir de esta información, aunque necesariamente se alimenta de conocimientos previos sobre los que se asientan las bases de interacción terapeuta-paciente.

Hemos de comenzar por identificar los mismos factores que convergen en la identificación del cuadro clínico de la patología dual en este segmento de población:

- Adolescencia-juventud

Correspondencia:

Marina.dgor@gmail.com

- Drogas
- Patología psiquiátrica

De todos ellos, el marco que condiciona sus peculiares características de una manera más diferenciada es la primera, ya que la adolescencia es un periodo caracterizado por cambios y convulsiones, un proceso de transición entre la vida infantil y la vida adulta que inevitablemente repercute en la formación de la identidad y la definición de las relaciones del adolescente. El adulto que resulte de este proceso será, en gran medida, consecuencia de su experiencia adolescente (pensamientos, sentimientos, actos y relaciones).

El adolescente tiene la difícil tarea de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Quién soy?
- ¿De qué soy capaz?

Las respuestas a estas preguntas implican la necesidad de articular un complejo proyecto vital para encontrar su identidad y su evolución.

En la actualidad nos encontramos con un desajuste de los ritmos vitales de la juventud (mayor precocidad de los desarrollos biológicos y de relaciones) con respecto a los ritmos sociales, requeridos para la incorporación a la sociedad adulta, los cuales se concluyen más tardíamente (adquisición de autonomía, acceso a trabajo, vivienda, etc.). Esto genera una alteración y escisión en los tiempos y espacios que viven los adolescentes, periodo en el que pierden la seguridad infantil sin llegar aún a la adulta y se convierte en un tránsito demasiado largo sin perspectivas de avance.

El retraso en la asunción de estos roles de los adultos está generando unas especificidades en los adolescentes y jóvenes que motivan el presentismo, el hedonismo y cierto pesimismo.

Así, la vulnerabilidad del adolescente y joven en relación al consumo de drogas se apoya básicamente en factores de desarrollo personal y social que condicionan su lugar en el mundo. Este consumo se ha convertido casi en un rito iniciático que en la mayoría de los casos se enmarcan dentro de este proceso de adquisición de una nueva identidad, facilitado por la presencia y disponibilidad de la droga en el medio y la baja percepción de riesgo.

Los problemas surgen cuando los jóvenes, una vez iniciado el periodo de exploración de estas sustancias, se quedan anclados en su consumo, generando una o varias dependencias (cannabis, alcohol, cocaína) que dificulta el desarrollo evolutivo y la maduración del individuo. La evidencia nos la encontramos con frecuencia en consulta, con jóvenes de veintitantos años que presentan conductas, actitudes y un manejo de emociones propias de 12-13 años, época en que iniciaron el consumo, quedando estancados

con frecuencia en la primera adolescencia.

Y es que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva en la adolescencia, ya sea tabaco, alcohol, cannabis cocaína o heroína, interfiere en el desarrollo neurológico del cerebro, ya que éste es el órgano que más tarda en completar su maduración, nunca antes de los 18 años.

El cannabis, como sustancia de más fácil acceso y, consecuentemente, más consumida por los adolescentes y jóvenes, presenta una problemática propia. Este hecho con el que nos encontramos en la clínica diaria es el resultado de años de minimización del riesgo y de mensajes ambivalentes por parte de los medios de comunicación que, incluso, han provocado que en los jóvenes de hoy haya una menor percepción de riesgo del consumo frente al cannabis que frente al tabaco.

El consumo de cannabis en estas edades tan tempranas produce una quiebra en el rendimiento académico, llevando a muchos individuos al fracaso escolar, con todas las implicaciones que de él se derivan. Si es inevitable que la sociedad consuma drogas, es determinante que se atrase lo máximo posible la edad de inicio, objetivo prioritario de toda actuación preventiva.

¿Pero por qué unos jóvenes pasan por la experiencia del consumo y la abandonan, siguiendo adelante con su vida y sus proyectos, y otros se quedan anclados en ella?

Cuando los efectos de las drogas conectan con importantes necesidades personales, los jóvenes pueden pasar del uso experimental al uso problemático. Esta perspectiva puede explicar en parte la patología dual y darnos importantes claves para la intervención y el pronóstico.

La presencia de patología psiquiátrica previa va a incrementar la vulnerabilidad de los adolescentes hacia un consumo problemático y viceversa, las consecuencias del consumo puede cronificar los cuadros psicopatológicos. Así se entra en un bucle dónde ambos trastornos se retroalimentan dificultando la salida de la dependencia y la mejora del trastorno psiquiátrico.

Por ello, los profesionales que trabajamos en este ámbito tenemos la responsabilidad de abordar una intervención precoz e identificar los factores individuales de vulnerabilidad (y entre ellos, la presencia de patología psiquiátrica concomitante). Estos factores condicionan la escalada en el consumo, dificultan el proceso de tratamiento y son condición necesaria para el abordaje de la adicción. Esta intervención temprana permite detectar los casos más graves asociados a cuadros psicóticos y de comportamiento y puede evitar la progresión en el consumo, los daños físicos y psicológicos y sociales que comporta en una etapa tan temprana y la cronificación en la vida adulta.

En nuestro trabajo desde el CAD, como referente de la red asistencial a las drogodependencias y eje de la intervención integral, se diseña el proceso de intervención personalizada con cada paciente y se coordinan las actuaciones de los diferentes servicios de la red que intervienen en el proceso.

Hablando de drogas y, en el caso que nos ocupa, de adolescentes y de patología dual, no es posible, para garantizar un abordaje eficaz del problema, hacerlo desde una única perspectiva, por lo que tanto el marco teórico como la práctica real de la intervención en el CAD es integral, mediante una intervención interdisciplinar y una evaluación multidimensional, de forma que se puedan cubrir las necesidades de los pacientes en las distintas áreas afectadas por la adicción (contemplando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada paciente) y fundamentada por encima de todo en el trabajo en equipo (conformado por profesionales de las áreas sanitaria, psicológica, social y ocupacional y educativa)

Para la consecución de estos beneficios, es necesario un importante esfuerzo de comunicación, de permanente coordinación tanto en las valoraciones iniciales como de seguimiento, de humildad y respeto mutuo y saber dónde estamos cada uno y cuál es nuestra función.

La intervención con adolescentes no permite trabajar desde las claves del mundo adulto, y exige un equipo con formación especializada en adolescencia y psicopatología de la adolescencia.

En los CAD, el equipo de adolescentes y jóvenes es un equipo interdisciplinar especializado en adolescencia, quién realiza el diseño personalizado de intervención adaptado a la situación del joven. El Programa se dirige a todos los pacientes menores de 25 años y a sus familias, contemplando dos intervalos de edad: hasta 18 años y de 19 a 24 años.

El instituto de Adicciones ha incorporado a finales del año 2013 el trabajo preventivo en los centros asistenciales a través de la figura del educador social que se integra como un miembro más a los EAJ. La captación proactiva que éstos llevan a cabo se convierte en una herramienta muy valiosa que ha posibilitado, tal como hemos constatado en el año 2014, un incremento en un 50% de la población juvenil atendida en el CAD respecto al año anterior. Los educadores, en su relación directa con los jóvenes a través de los talleres preventivos que desarrollan en las aulas, en sus coordinaciones con los orientadores de los centros educativos, asociaciones de padres y otras asociaciones sociales y juveniles, detectan jóvenes en riesgo a los que motivan para lograr su acercamiento al CAD, con lo que se convierten en un valioso puente de unión con los Centros, facilitando el acercamiento a nuestros centros de adolescentes que antes no llegaban. Consecuencia de ello ha sido el poder intervenir con los chicos/as

en las fases iniciales del consumo, lo que suscribe con hechos nuestra filosofía de detección temprana e intervención precoz para un abordaje eficaz de las drogodependencias que impida la consolidación y cronificación del consumo y de sus consecuencias en la maduración y desarrollo del individuo.

En los adolescentes y jóvenes encontramos una escasa conciencia de problema. Los consumos de alcohol y/o de otras drogas se vienen incorporando a los hábitos normalizados de ocio y diversión, con una escasa o nula motivación para iniciar tratamiento y unas familias no conocedoras del problema y/o escasa capacidad para el manejo de la situación.

En el caso de los adolescentes, en mayor medida que en los adultos, sólo será viable la intervención sobre la conciencia de problema y la motivación al cambio, y ello si previamente hemos creado las condiciones para generar un vínculo terapéutico sólido. Para ello debemos acercarnos al adolescente desde sus intereses y motivaciones.

Las sesiones terapéuticas han de ser un espacio de escucha, de reflexión, de comprensión y reflejo de sus propias paradojas, dónde el sentido del humor es una herramienta útil y muy importante el establecimiento de límites contenedores que den seguridad, orden y liberen de la angustia (estos límites los necesitan frente al caos en que se encuentran a nivel personal, y a veces también social y familiar).

La intervención terapéutica se realiza desde una perspectiva de empoderamiento personal, dónde el joven se convierta en protagonista, a través de la escucha, aceptación y reconocimiento de todo su ser (heridas, abandonos, miedos, defensas y potencialidades) con el objeto último de incrementar el control sobre su vida.

En definitiva, se busca generar un ambiente de seguridad que posibilite la retirada del muro defensivo ante la amenaza que constituimos en la búsqueda de su identidad, y así poder convertirnos en aliados y acompañarles en este proceso de búsqueda de respuestas al “quién soy yo y de qué soy capaz”, de vinculación con unos objetivos personales y un proyecto vital (encontrar un orden y un sentido).

Las claves de la intervención nos las va a dar el propio paciente. La recogida de información de datos en el proceso de valoración debe hacerse desde una perspectiva comprensiva, la historia de consumo enmarcada en su historia vital y teniendo en cuenta los hitos importantes en la vida del joven.

Hemos de identificar factores de vulnerabilidad/riesgo:

1. Los que tienen que ver con las capacidades propias del adolescente:

- Antecedentes -desde la infancia- de dificultades en

las distintas etapas del desarrollo, si han precisado atención médica o psicológica continuada, si han sufrido enfermedades orgánicas de larga evolución o que hayan generado algún tipo de discapacidad, con percepción subjetiva de sí mismo o de la familia de haber sido un niño con dificultades para ir madurando.

4

- Historia de fracaso escolar desde niño o en la última etapa tras haber sido un buen estudiante.
 - Sintomatología orgánica crónica o cuadros psicopatológicos importantes en el momento actual.
 - Comportamientos agresivos que hay que diferenciar si solo se dan en el entorno familiar, en cuyo caso tienen que ver con una disfunción en la dinámica familiar, ó si se generalizan a todo su entorno, lo que podría tratarse, si se mantiene, de un trastorno de control de los impulsos.
 - Serias dificultades para ir adquiriendo progresivamente pautas de autonomía respecto de sus padres con comportamientos excesivamente dependientes.
 - Serias dificultades para irse haciendo un hueco entre sus iguales (problemas de relación): dificultad para establecer relaciones o mantenerlas, no ser aceptado habitualmente en los grupos de pares, relaciones de excesiva dependencia o de sometimiento.
 - Escasa o nula red social.
2. Los que tienen que ver con el entorno familiar:
- Graves disfunciones familiares, familias multiproblemáticas.
 - Momentos de crisis en una familia hasta ese momento con dinámicas de funcionamiento adecuado, muerte de algún familiar, separación de los padres, enfermedad de algún miembro, crisis económica. Incapacidad manifiesta de contención del adolescente por parte de la familia.
3. Los que tienen que ver con la historia de consumo de drogas:
- Edad del adolescente. En la 1ª fase de la adolescencia, cualquier consumo de alcohol u otras drogas es abusivo.
 - Tipo de droga que consume. Con aquellas drogas de fuerte capacidad adictiva con heroína o cocaína, también cualquier consumo es abusivo.
 - Patrón de consumo, detectar cambios importantes en la frecuencia o dosis de consumo.
 - Consumos medicalizados, buscando calmar ansiedad o evitar conflictos que cuesta enfrentar. Nos darán indicios de patología dual.
- Consecuencias graves, tanto orgánicas como psiquiátricas, derivadas de cualquier tipo de consumo, comas etílicos, episodios de descompensación psicótica.
- Lo que con cualquier paciente es bueno con el adolescente es fundamental, por lo que, para que la intervención con adolescentes sea eficaz deberemos:
- La atención ha de ser rápida (en el CAD tenemos en las agendas espacios reservados para los adolescentes, con el fin de que puedan ser atendidos en la misma semana que han hecho la demanda y, en el caso de asesoramientos familiares, también garantizamos una atención casi inmediata).
 - Cuidar especialmente la primera acogida.
 - Garantizar la confidencialidad, salvo que esté en grave riesgo la seguridad del adolescente.
 - Generar un ambiente seguro a través de la empatía, aceptación incondicional, y la coherencia y honestidad del terapeuta, no emitir juicios y ser poco directivos tratando de acercar al adolescente al estadio de cambio. La relación ha de ser cercana, cálida pero flexible. Empleamos la entrevista motivacional porque, si en drogas los aspectos motivacionales son fundamentales, en los adolescentes todavía más, dada su escasa conciencia de problema y escasa motivación al cambio, en muchos casos.
 - Alcanzar un vínculo terapéutico sólido desde el principio.
 - Minimizar los abandonos.
 - La intervención con la familia es crítica, por lo que deberemos promover la participación de la familia siempre que sea posible, para que el adolescente o joven cuente con el apoyo familiar en su tratamiento. Se requiere identificar su potencial de salud y de cambio positivo y sensibilizarla acerca de su importante papel de agente de cambio. La intervención puede ser tanto individual como grupal.
 - Informar a las familias sobre la dinámica del joven o adolescente que permita comprender su conducta, así como dotarla de estrategias y recursos para motivar a tratamiento y/o lograr la evolución positiva del adolescente y acompañamiento terapéutico a la familia en el proceso de atención al adolescente.
 - La intervención con familias solas, es decir sin la participación del adolescente, dado que es demostradamente eficaz. Esta atención está contemplada dentro del Programa y de hecho encontramos un resultado positivo en muchos de los casos tratados.

- La intervención integral de todas las circunstancias ecológicas, dado que mejora el pronóstico. Como ya hemos mencionado esta intervención necesaria para todos los pacientes es indispensable con adolescentes. En el equipo adolescentes y jóvenes, además de las intervenciones médica y psicológica, enfermería aborda entre otros aspectos la educación para la salud, poniendo especial atención en las conductas sexuales de riesgo, prevención de embarazos, sexo seguro, etc. El trabajador social interviene sobre la problemática social asociada, motivación y apoyo para el mantenimiento o incorporación a actividades educativas, culturales y de capacitación laboral, etc. El terapeuta ocupacional realiza la valoración del desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria, el ocio y tiempo libre en el contexto relacional. El educador social lleva a cabo acciones preventivas en las aulas, sensibilización del tejido social y la valiosa captación proactiva ya mencionada y que tan buenos resultados nos está dando.
- En los CAD también contamos con el Servicio de Orientación Laboral que supone un inestimable apoyo en jóvenes que se han desvinculado de la formación reglada, estableciendo con ellos itinerarios formativos que les permitan recuperar su proyecto en el ámbito formativo-laboral (“soy alguien y puedo llegar a algo”).
- Desde la perspectiva integral la intervención psicológica aborda tanto la conducta de consumo como el resto de los aspectos disfuncionales del sujeto, los rasgos de personalidad desadaptativos. Las especificidades que conlleva la intervención en pacientes con patología dual, vendrá dada por la gravedad del cuadro psicopatológico concomitante, condicionando la adherencia al tratamiento farmacológico, la derivación y coordinación con Salud Mental en los casos que sea necesario, la estrecha coordinación con atención primaria y la necesidad de recursos especializados para su adecuado abordaje (Unidad de Patología Dual, Piso de Reinserción de patología Dual, etc.)
- La presencia de un cuadro psicótico, aunque esté todavía sin filiar, desde nuestro enfoque de intervención precoz, exige trabajar con el paciente su vulnerabilidad personal a padecer un trastorno psiquiátrico, los efectos del consumo en su caso y el riesgo de cronicidad, la conciencia de enfermedad, la identificación síntomas y la adherencia al tratamiento farmacológico. De igual modo se requiere informar, orientar y contener a la familia.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.