

# EL TRABAJO DEL PSICÓLOGO EN LA PATOLOGÍA DUAL EN LOS ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY

## THE WORK OF THE PSYCHOLOGIST ON DUAL PATHOLOGY IN JUVENILE OFFENDERS

Cecilia Cisternas Isla<sup>1</sup> y César Carreño Miranda<sup>2</sup>

### Resumen

Se analiza el trabajo del psicólogo en el tratamiento de adolescentes infractores de la ley con patología dual atendidos en Programas de Tratamiento en Modalidad Ambulatoria en Medio Libre. El estudio fue cualitativo-interpretativo basado en la teoría fundamentada. Se realizaron entrevistas en profundidad a cuatro psicólogos, un director, un psiquiatra, un usuario y un familiar. Además, se realizó un grupo focal a cuatro trabajadores sociales y tres técnicos en rehabilitación. El paciente dual se percibe principalmente como: agresivo, impulsivo y disruptivo, considerándose la compensación como un eje central del tratamiento. El psicólogo se propone objetivos que van más allá de la estabilización del paciente, contactándose con la vulnerabilidad de éste, intentando promover su reinserción social.

**Palabras clave:** Patología dual, comorbilidad, trastornos concurrentes.

### Abstract

We analyzed the work of psychologists on treatment of juvenile offenders with dual pathology who were treated at Ambulatory Method in Free Milieu Treatment Programs. This was a quantitative-interpretative study based on grounded theory. In-depth interviews were carried out with four psychologists, a director, a psychiatrist, a user and a family member. In addition, a focus group was carried out on four social workers and three rehabilitation technicians. The dual patient was mainly perceived as: aggressive, impulsive and disruptive, where compensation was considered as a central axis of the treatment. Psychologists defined objectives that went beyond the stabilization of the patient, connecting with his/her vulnerability and trying to promote his/her social reintegration.

**Key words:** Dual pathology, comorbidity, concurrent disorder.

Recibido: 04-04-17 | Aceptado: 21-03-18

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo evolutivo en la que se despliegan fenómenos complejos como la “compulsión al actuar” o “acting out” (Aberastury et al, 1999; Levisky, 1999). Estudios señalan la similitud de conductas antisociales presentes en los adolescentes infractores de ley, insistiéndose en la importancia que tiene la reincidencia juvenil del delito como factor afianzador de la conducta delictiva, más que otras variables tradicionalmente consideradas predictoras de la reincidencia, donde se incluyen variables personales, sociales o culturales (Sanabria, 2010; Ortega, García, De la Fuente y Zaldivar, 2012). Los adolescentes son el grupo con tasas más altas de diagnóstico dual o comorbilidad,

estos trastornos están asociados al uso de drogas con otro tipo de trastorno de salud mental (Roncero et al., 2014; Becoña y Cortés, 2010).

El concepto de patología dual fue implementado hacia 1980 y es fundamental para centrar la atención en los problemas relacionados con el consumo de sustancias entre los pacientes con enfermedad mental severa en la comunidad (Drake y Wallach, 2000). Sussman, Skara y Ames (2008) indican que un 75% de los jóvenes en tratamiento por trastornos asociados al abuso de sustancias tiene asociado otro problema psicopatológico.

En Chile, junto con la entrada en vigencia de la Ley N° 20.084, de Responsabilidad Penal Adolescente, el Estado asume el desafío de desarrollar un sistema de atención que dé respuesta al delito juvenil de forma especializada y en coherencia con los instrumentos normativos y recomendaciones internacionales en materia de derechos de infancia y adolescencia. Este cambio implicó un paso hacia el

<sup>1</sup> Universidad Adventista de Chile, Chillán, Chile. <sup>2</sup> Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile.

E-Mail: cecicis@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVIII p.p. 471-479

© 2019 Fundación AIGLÉ.

desarrollo de un modelo de responsabilidad penal; diferenciado del sistema de adultos, basado en un enfoque de derechos, donde el eje es el principio educativo orientado hacia el logro de objetivos asociados a la responsabilización y la reinserción social del adolescente imputado o condenado por haber cometido infracciones a la ley penal (SENAME, 2012).

El consumo de alcohol y drogas es un problema de salud pública mundial debido a su alto costo social y económico, siendo este consumo una amenaza para los jóvenes debido al vertiginoso aumento de consumo detectado, y a sus consecuencias a corto y largo plazo sobre la salud de los adolescentes (Vinet y Faúndez, 2012). En Chile, desde junio del año 2007 a diciembre del año 2011, se atendieron 19.986 casos vinculados al consumo de drogas, a los que se les dio tratamiento, principalmente dentro del Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre y, en el plan Ambulatorio Intensivo en Centros Privativos de Libertad (Álvarez, 2012). El plan de tratamiento Ambulatorio Intensivo, constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos en adolescentes infractores de ley, quienes presentan un compromiso biopsicosocial severo, esperándose que con este plan accedan a una red primaria de apoyo o estén bajo la responsabilidad del Servicio Nacional de Menores (SENAME). Se describe en estos jóvenes un descontrol de los impulsos, principalmente ante la existencia de comorbilidad (CONACE, SENAME y Ministerio de Salud, 2007).

La realidad de estos centros muestra que puede darse adicción a más de una droga, así como más de un cuadro psicopatológico a la vez, tanto del eje I referente a trastornos clínicos, como del eje II referente a trastornos de personalidad, o en ambos ejes (American Psychiatric Association, 1994). Estas personas acuden más a los servicios de urgencias y requieren más hospitalizaciones psiquiátricas. Es decir, se trata de individuos graves desde la perspectiva psicopatológica, médica y social (Torrens, 2008).

Existen importantes diferencias sociodemográficas entre pacientes duales y sujetos con trastornos mentales no duales. Los pacientes duales son más jóvenes, principalmente varones, conviven con la familia de origen, solteros, con menor nivel educativo y peor situación laboral que los sujetos con trastornos mentales no duales. Esto sugiere diferentes factores de riesgo para ambos grupos y mayor gravedad o repercusiones sociolaborales para los pacientes duales, presentando mayor riesgo de suicidio (Arias et al., 2013).

Realizar un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica plantea dos problemas fundamentales. En primer lugar, el hecho de que los efectos agudos y crónicos del uso de drogas o de la abstinencia de estas, simulen síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre

los síntomas psicopatológicos propios de un trastorno psiquiátrico independiente. En segundo lugar, en la actualidad los diagnósticos psiquiátricos están definidos más por un conjunto de síntomas (diagnósticos sindrómicos) que por unos marcadores biológicos directos y propios de cada una de las distintas entidades nosológicas psiquiátricas (Mateu, 2005).

En las últimas dos décadas, se ha reconocido que las personas que presentan trastornos por consumo de sustancias más un trastorno psiquiátrico, constituyen una población clínica difícil de tratar y diversa, con resultados más pobres en múltiples dimensiones y mayores costos de atención (Minkoff, 2001).

La necesidad de proporcionar terapias efectivas para los pacientes duales constituye un importante reto; al considerar cómo deben tratarse (abordajes farmacológicos y psicológicos) y dónde debe llevarse a cabo el tratamiento (centros de salud mental, centros de adicciones). Es necesario desarrollar terapias específicas dirigidas al paciente dual, que contesten las lagunas en eficacia, tolerabilidad y efectos adversos que tenemos en la actualidad (Torrens, 2008).

Al analizar el consumo de drogas, podemos observar que compromete diversos ámbitos en que el problema se manifiesta, lo que se ha denominado foco comprensivo. Estos ámbitos incluyen lo biológico, psicológico individual, familiar y social contextual. Si bien estas miradas pueden complementarse, habrá una cuestión de énfasis en dónde se pone el foco comprensivo del fenómeno (Drake y Wallach, 2000).

Se pueden identificar cuatro visiones para entender la patología dual:

- Desde la perspectiva médica, se entiende el abuso de sustancias como una enfermedad crónica y reincidente. El modelo de enfermedad ha instaurado la creencia de que el abuso de sustancias es un mecanismo secundario que desaparecería con el adecuado tratamiento de la enfermedad primaria.

- Una perspectiva moral procedente de nuestra cultura que se refleja en temas populares como el mal comportamiento, mal carácter y culpa.

- La perspectiva de riesgo psicosocial, comprende que las personas con enfermedad mental grave son propensas a sucumbir a los riesgos inherentes en el ámbito social, cultural y ajuste medio ambiental. Esto se relaciona con la vulnerabilidad biológica y psicológica de tener un cerebro que es particularmente sensible a las sustancias que alteran la conciencia.

- La perspectiva fenomenológica involucra personas con trastornos duales con experiencia con el alcohol y las drogas, y su camino hacia la recuperación (Drake y Wallach, 2000).

Por otra parte, la percepción de los profesionales puede ser un factor importante en la mejora de los

pacientes duales, tales como la idea de que la patología dual es generalmente grave y que influye en la adherencia y resultado final del tratamiento (Szerman et al., 2014). Por ello, el paciente con patología dual debiera ser atendido en un sistema integrado, es decir, en un sistema que garantice el abordaje de la adicción y la otra patología psiquiátrica de forma conjunta y simultánea y a largo plazo. Esto implica la necesidad de tener una red única de atención a todos los problemas mentales, y no dos sistemas de atención privado o público, diferenciados y excluyentes que discriminan en la atención (Staiger, Thomas, Ricciardelli, McCabe, Cross y Young, 2011).

## MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo-interpretativo. Luego de la aprobación del comité de ética de la Universidad del Desarrollo, se tomó contacto con el director del centro de tratamiento ambulatorio perteneciente a la red de tratamiento de drogodependencia de adolescentes infractores de ley de la provincia de Concepción. Posterior a la entrega del consentimiento informado, se evaluaron los perfiles de informantes que corresponden a: psicólogos, otros profesionales, usuarios, un director, familiares de usuarios, quienes forman parte del centro de rehabilitación de drogas para adolescentes infractores de la ley (ver Tabla 1).

Para la selección de los informantes se realizó una entrevista en profundidad, técnica que permite indagar aspectos propios de las concepciones asociadas a determinados fenómenos, que en el contexto de entrevistas grupales sería difícil de obtener, procurándose el resguardo de las personas, evitándose que sus roles condicionen la respuesta en grupo. Se realizó también un grupo focal, para identificar el discurso común, considerando sujetos con experiencia en el área y conocimiento respecto de los nudos críticos y buenas prácticas del sistema institucional, participando cuatro trabajadores sociales y tres técnicos en rehabilitación. En total se realizaron ocho entrevistas individuales y un grupo focal con siete integrantes. La finalización de cada entrevista, estuvo condicionada a la saturación de la información. Los temas y subtemas propuestos a tratar en cada una de las entrevistas estuvieron relacionados con el rol del psicólogo en la patología dual, estableciéndose un guion temático.

El plan de análisis se realizó siguiendo la teoría fundamentada, para analizar la información de manera sistematizada utilizando principalmente la codificación axial (Strauss y Corbin, 2002).

## RESULTADOS

Dentro de las categorías de la codificación abierta se encontraron las siguientes:

### 1. Concepto de patología dual

Existe un marcado consenso entre los distintos entrevistados a definir la patología dual desde la comorbilidad, se enfatiza también en su carácter crónico, al cohabitar dos trastornos que son más estables en el tiempo.

Psiquiatra: "...son pacientes que raramente se dan de alta de los servicios sanitarios... ya no se usa el concepto de crónico[...] se dan de alta, pero van a estar siempre dentro de la red..."

El psiquiatra entrevistado identifica dos polaridades al momento de hablar de patología dual, en un extremo se encontraría aquella patología dual, que cohabita junto a un trastorno por dependencia a sustancias, un trastorno duro del eje I, como por ejemplo, esquizofrenia o un trastorno bipolar. En el otro extremo, identifica la postura de incorporar "patologías blandas" dentro del concepto, tales como los trastornos ansiosos o los trastornos de personalidad. Este aspecto es visualizado por otros informantes, develando niveles de confusión significativos asociados a la definición del concepto patología dual, al no existir una delimitación clara del mismo.

Trabajador social 4: "...patología dual puede ser como que el cabro tenga una patología psiquiátrica, así como una esquizofrenia, claro que ahí pa' mí va a ser fácil decir [...] Él tiene patología dual, pero si tiene un trastorno afectivo por ejemplo... una depresión... ¿Eso es patología dual?... No lo sé..."

### 2. Elementos que predicen la aparición de la patología dual

Se pueden diferenciar aquellos elementos que aluden a factores del entorno, destacando los informantes que los usuarios con patología dual provienen de entornos en los que se han vulnerado sus derechos, presentando eventos traumáticos no resueltos. Además, se percibe el entorno de los usuarios como un factor de riesgo al normalizar las conductas de consumo, visualizándolas incluso como una estrategia de afrontamiento. Al identificar otros factores que intervienen en la conformación de una patología dual, de manera transversal los distintos informantes hacen alusión a la presencia de factores familiares, identificando elementos genéticos asociados. Algunos informantes identifican el peso que tiene la transmisión transgeneracional de la patología dual.

Psicóloga 4: "...interacciones familiares, maltrato, abuso, negligencia de los padres, abandono de alguna forma como un tema que se vaya repitiendo en la vida a lo largo del chico..."

Psicólogo 3: "...chiquillos inmersos en familias donde están propensos a vulneraciones con trastornos de apego, familias en general disfuncionales, o multiproblemáticas, con padres negligentes..."

### 3. Características de los pacientes duales

Se describe mayoritariamente al paciente con patología dual como complicado y complejo, por otra

parte, se los percibe como demandantes con el entorno, exigiendo constantemente a quienes lo rodean contención emocional e intervención en crisis.

Trabajador social 3: "...son chicos que demandan más tiempo, tienes que estar más pendiente... Demandan más que los otros, la intervención en crisis, la contención emocional..."

En relación al tratamiento, se identifica como un paciente refractario y poco comprometido con el tratamiento, presentando una mayor tasa de deserción en comparación a otros pacientes, configurando un paciente que desorienta las intervenciones y que puede llegar a ser extremadamente agotador para el equipo tratante.

Psicóloga 4: "...son pacientes que por lo general faltan mucho a la verdad, buscan muchas excusas, no se responsabilizan de lo que hacen, son poco comprometidos con su tratamiento..."

Por otra parte, distintos profesionales describen al paciente dual como un sujeto indefenso, condición que se desprende de características asociadas a la susceptibilidad a desarrollar consumo de drogas, sujetos que poseen un largo historial de institucionalización en hogares de menores, que presentan un nivel intelectual más bajo, con una mayor tendencia a desarrollar conductas de calle, presentando un mal funcionamiento global y con mayores índices de suicidio.

Trabajadora Social 4: "... Son chiquillos que tienen mucha tendencia a hacer circuitos callejeros... porque no tienen las herramientas a nivel cognitivo para poder desenvolverse..."

#### 4. Pronóstico de los pacientes duales

En relación al pronóstico, se observan diferencias asociadas a la percepción que los informantes tienen respecto a la patología dual. Por una parte, los profesionales que no son psicólogos describen el pronóstico en términos positivos. Por otra parte, tanto los psicólogos entrevistados como el psiquiatra coinciden en percibir el pronóstico de manera negativa, describiéndolo como un pronóstico complejo, debido a factores como la evolución negativa del cuadro psiquiátrico, producto del consumo y un funcionamiento global negativo, junto a la presencia de variables que inciden de manera negativa, como la deserción escolar. Se señala que la presencia de patología dual hace que los tiempos de intervención se alarguen, lo que se traduce en resultados no positivos

Psiquiatra: "...las patologías duales son complejas hacen que los tiempos se alarguen y que los resultados no sean tan buenos..."

En el grupo focal, surgen diferencias significativas en la percepción respecto al pronóstico, donde los profesionales visualizan el pronóstico del paciente dual como similar al de cualquier otro usuario.

Técnico 1: "...para mí no varía respecto al de otro usuario... Si el paciente se logra estabilizar con lo que haga el psicólogo, el psiquiatra y los demás pro-

fesionales nos acotamos a hacer lo que tenemos que hacer [...] Yo creo que el pronóstico es bueno..."

#### 5. Visión del tratamiento

En relación a los objetivos del tratamiento, uno de los psicólogos entrevistados identifica que el diagnóstico de estos pacientes, en sí mismo, se constituye en un objetivo a trabajar, situándolo como una meta de trabajo con este perfil de paciente. En cuanto a los resultados obtenidos, se destaca la visión positiva que tienen el usuario y su padre respecto al éxito del tratamiento.

Padre del usuario: "...ha tenido sus buenos logros, se preocupa más de sí mismo, trata de andar bien arreglado... ha mejorado una enormidad. Ha tenido hartosii cambios positivos..."

En cuanto a la evaluación de la oferta de actividades, existe coincidencia por parte de los psicólogos a visualizar la oferta como indiferenciada respecto a las actividades y formatos ofrecidos por los programas para población usuaria dual y no dual.

Psicóloga 2: "La oferta desde el programa es la misma para todos, pero se tienen que ir especificando las intervenciones, tanto individuales y grupales, y en las estrategias y técnicas que se vayan a utilizar y en los objetivos que uno se plantee con el abordaje de los casos de manera individual..."

El impacto de la patología dual en los equipos de trabajo se describe como negativo, manifestando la idea que los pacientes duales desorientan las intervenciones y perturban a los equipos. Los distintos informantes logran identificar obstaculizadores del tratamiento, resaltando contenidos asociados a la complejidad del trabajo, profundizándose en las dificultades asociadas al diagnóstico. En relación a facilitadores del tratamiento, se identifican elementos en función de la relación con el paciente, destacando el rol que cumple el vínculo como un aspecto que favorece la compensación en momentos de crisis.

Padre del usuario: "Lo que más destacaría es la preocupación de los tíos por estar en contacto con él, de llamarlo, demostrarle que hay un aprecio hacia él, eso le hace sentir bien."

Usuario: "...también los tíos que siempre están dispuestos a ayudarme, hay confianza, bueno con algunos más que otros..."

#### 6. Criterios de alta

Algunos de los entrevistados visualizan el alta como un elemento complejo, difícil y ambicioso. El psiquiatra entrevistado es claro en señalar que el alta es una situación poco frecuente, y que en general se puede dar el alta desde un dispositivo, sin embargo, el paciente se mantiene en la red.

Trabajador social 1: "Nos tenemos que limitar a evaluar los logros de los jóvenes en términos de un programa de rehabilitación de drogas, por lo tanto lo egresaremos y paralelamente podría ser vinculado a algún dispositivo de salud mental para man-

tenerlo compensado...”

El alta es un proceso que se puede diferenciar por áreas, así en relación al consumo se evalúa el alta en la medida que el paciente logre la modificación de su patrón de consumo, incluso pudiendo mantener la abstinencia. Otro elemento que permite hablar de alta en los pacientes duales es el reconocimiento de límites y el logro de la autonomía, se identifica también el apoyo familiar como un indicador de alta y que el paciente esté integrado a alguna actividad laboral o académica.

Psicólogo 1: “El escenario ideal es que el sujeto queda más o menos estabilizado, vuelve a un espacio más seguro y contenedor y que favorece la mantención del cambio...”

Finalmente, dentro de la percepción del alta se observa dentro del discurso de los psicólogos entrevistados la reflexión en torno a la variable evolutiva como un factor que incide en el cambio del paciente y en su potencial alta.

Psicólogo 1: “...hay chiquillos que pueden desplegar conductas más adaptativas porque se fueron haciendo más viejos... puede que se les pase la adolescencia y que ciertas conductas se atenúen...”

### 7. El trabajo del psicólogo en patología dual

El equipo de profesionales sostiene la creencia de que el psicólogo cuenta con las herramientas para compensar a estos pacientes, los informantes realizan diferenciaciones entre los psicólogos, por una parte se diferencian en relación al abordaje, es decir, la forma de aproximarse al paciente y de vincularse con él. Por otra parte, se identifican diferencias que son de un orden más teórico, otras asociadas a la forma de relacionarse con el equipo y también las diferencias personales de cada psicólogo.

Respecto a las características del trabajo del psicólogo, se identifican dicotomías que describen su trabajo como individual y solitario, sin embargo es también un directivo del programa, liderando la intervención, compartiendo el equipo de profesionales la visión de que el psicólogo debe tomar un rol directivo con estos pacientes.

En relación a los objetivos del psicólogo en el trabajo con pacientes duales, fueron los psicólogos y el director de programa quienes aludieron a la necesidad de que el paciente logre adaptabilidad en el medio, logrando una reinserción como cualquier otra persona.

En relación a las estrategias utilizadas por el psicólogo para el logro de objetivos propuestos con el paciente dual, se considera el vínculo como una herramienta de trabajo, identificada tanto por los profesionales del equipo como por el usuario y su padre, estos últimos aludiendo directamente a la importancia de la confianza en la relación.

En relación a los facilitadores del trabajo del psicólogo, se hace referencia al hecho de contar con espacios formativos y de capacitación que permitan la

incorporación de herramientas técnicas para el abordaje de estos pacientes. En cuanto a las competencias necesarias para el abordaje de patologías duales, se describen categorías relacionadas con la experiencia laboral y formación académica. Se identifica la necesidad de que el psicólogo cuente con habilidades clínicas, en las que pueda establecer límites claros, pudiendo diferenciarse del rol de amigo, Por otra parte, se considera importante contar con habilidades diagnósticas, y a la vez con la capacidad de proponerse objetivos de trabajo que sean cercanos a la realidad.

Psicólogo 1: “Creo que tienes que afinar el ojo clínico para ir definiendo las características de las patologías duales que se dan más habitualmente y también tener habilidades diagnósticas que sean precisas y eficientes...”

### Análisis axial

El concepto de patología dual es definido por la mayoría de los informantes del estudio desde el modelo biomédico, algunos informantes reconocen que este concepto es difuso en su definición, incluso otros asumen tener confusiones explícitas respecto al concepto y cuáles son los trastornos comórbidos que se incluyen dentro de la patología dual. En este sentido, el psiquiatra participante del estudio reconoce dos posturas al respecto, por una parte están quienes incluyen patologías duras del eje I y quienes integran en la definición patologías más blandas del eje I.

Además, se observan dicotomías a la hora de definir la patología dual, ya que si bien es una condición prevalente, es poco diagnosticada. El hecho de que no se diagnostique puede explicarse a partir de variables contextuales, como la escasa o nula oferta existente en las redes de salud para dar respuesta efectiva a este perfil de paciente, y los costos asociados a la generación de nuevos dispositivos.

Así, al hablar de patología dual, se reconoce un paciente con características particulares, que configura una alta complejidad y difícil manejo para los equipos de tratamiento, que no cuenta con una oferta pertinente para sus necesidades. Se aprecia así una nueva dicotomía, desde el trabajo de los psicólogos que reconocen en los usuarios su condición de sujeto indefenso, que no cuenta con las capacidades necesarias para su adaptación y que proviene de contextos vulnerables, con una historia de desarrollo que le deja en una posición de riesgo y fragilidad.

El paciente dual es percibido como un paciente crónico, cuyo principal objetivo de trabajo según los distintos profesionales es la compensación del paciente, entendida como la remisión de la sintomatología asociada a la patología psiquiátrica de base, y la modificación del patrón de consumo.

Sin embargo, se evidencian diferencias significativas respecto a los objetivos de trabajo, ya que el psicólogo pretenderá dar respuesta no solo a la condición de “paciente complicado”, buscando su esta-

bilización, sino que también intentará dar respuesta a través de sus objetivos de trabajo a la condición de “sujeto indefenso” que se percibe en los pacientes duales. Aparentemente, se produce una división de esfuerzos dentro del equipo, que llevan a que el psicólogo desarrolle un trabajo de manera solitaria. Se destaca la propuesta realizada por el psiquiatra, quien señala que el psicólogo se encuentra “solapado entre lo clínico y lo social”, es por esto, que califica como un profesional idóneo para el abordaje de estos pacientes duales, tomando una posición de liderazgo en el abordaje, visión compartida por los demás informantes.

Los psicólogos manifiestan la necesidad de sistematizar experiencias que permitan el diseño de programas efectivos, identificando que tienen dificultades para diferenciar el uso de técnicas específicas para el trabajo con esta población. De esta manera los psicólogos entrevistados señalan dudas respecto a los pacientes que cambian en el contexto de tratamiento, expresando interrogantes asociadas al origen de esos cambios.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los distintos informantes de esta investigación indican que la atención psicológica del paciente dual con antecedentes penales, se destaca por la presencia de un marcado descontrol impulsivo, agresividad, desregulación emocional y falta de límites. Este es el paciente dual que se encuentra en el imaginario de algunos profesionales, en quien se reconoce comorbilidad psiquiátrica, siendo el trastorno límite de personalidad y el trastorno antisocial los trastornos de base que configuran el paciente dual típico para estos profesionales, aun cuando el concepto de patología dual incluye otras comorbilidades. Según lo planteado por Gálvez y Rincón (2008), la patología dual suele estar relacionada con actos delictivos y con la presencia de una mayor cantidad de problemas de comportamiento a temprana edad. El trastorno antisocial, conlleva la dificultad de diferenciar aquellos comportamientos que se configuran como propios del trastorno dual de aquellos que son parte del desarrollo adolescente.

Se observan en el discurso de los distintos informantes de este estudio, dicotomías que llevan a confusión y, a la vez, a una desorganización al momento de reflexionar sobre la función del psicólogo. Éstas se expresan en la percepción de algunos profesionales, al reconocer en el paciente dual, por una parte, a un paciente complicado, disruptivo y desgastante, y por otra, visualizándolo como un sujeto indefenso, sin herramientas para adaptarse al medio y vulnerable a desarrollar conductas de riesgo. Torrens (2008), Roncero et al. (2014) y Arias et al. (2013), describen a los pacientes duales como individuos graves desde la perspectiva psicopatológica, médica

y social, presentando incluso mayor riesgo de suicidio, sujetos vulnerables que provienen de ambientes familiares distorsionados o que incluso han sido víctimas de abuso durante la infancia.

Desde la revisión bibliográfica se identifican altos costos asociados al paciente dual, su larga evolución, y su demanda de servicios y polifarmacia (Brunette y Mueser, 2006), siendo el reto de los sistemas de salud el dar una respuesta a esta población. En los resultados de este estudio, se puede considerar que, para estos profesionales, el paciente dual se define a partir de tres elementos: (1) el paciente es percibido como complejo y complicado en su abordaje a partir de lo disruptivo de su comportamiento, con un marcado descontrol de impulsos, (2) es un paciente que se visualiza como “crónico” y se percibe como dependiente de las redes de salud, y (3) es un paciente que no cuenta con oferta de atención para su perfil. Respecto a la dinámica profesional en este estudio, resulta coherente que las distintas acciones se desplieguen hacia la compensación o estabilización del paciente. Se sostiene la idea de que el paciente debe ser compensado (porque es un paciente difícil), para ser derivado a otro dispositivo que continúe trabajando con él (porque es crónico), y que no se puede mantener al paciente en el propio programa (porque no tiene oferta). Existe una división producida al instalar la compensación como principal objetivo de trabajo. Por una parte, el psicólogo se propone objetivos “altos” que van más allá de la compensación del paciente, mientras que otros profesionales trabajan otras áreas restringidas al logro de la estabilización. Se promueven así divisiones internas respecto a qué trabajar y quién debe realizar ese trabajo. Esta dinámica no difiere de manera significativa respecto a lo que sucede en el contexto amplio en las distintas redes institucionales, en las que existen las denominadas “lagunas” de intervención mencionadas en la revisión bibliográfica (Torrens, 2008), sin quedar claro quién se debe “hacer cargo” del paciente. Minkoff (2001), plantea que se debe promover el desarrollo de modelos que se apliquen a todas las modalidades de atención, requiriendo de la planificación del sistema integrado, involucrando tanto a los centros de tratamiento de adicciones, como a las redes de salud mental. Lo anterior, evidencia modelos que están a la base en la aproximación del fenómeno de la patología dual, si se considera la revisión teórica respecto a las perspectivas planteadas por Drake y Wallach (2000) para entender la patología dual, y los énfasis que se promueven al interior de los equipos en los abordajes de las temáticas de consumo expuestas por Nicholls (2011). Es posible apreciar en la investigación que, aparentemente, existe una perspectiva médica que predomina en la visión que los equipos tienen del paciente dual, en la cual cronicidad y posibilidad de reincidencia son altas. Por otra parte, el discurso psicológico parece estar más cercano a la perspectiva

fenomenológica y de riesgo psicosocial, en la cual la narrativa del discurso se acerca a la comprensión de la experiencia del sujeto y las vulnerabilidades que pueden hacer susceptible al paciente a adoptar conductas de riesgo, traduciéndose en cuadros clínicos de mayor complejidad.

Existe concordancia entre lo expuesto en la revisión teórica y lo referido por los informantes respecto a la tendencia de los profesionales a percibir los recursos existentes para el abordaje de la patología dual como insuficientes, existiendo una subestimación sistemática en relación a la cantidad de estos recursos, de acuerdo a lo planteado por Roncero et al. (2014). Frente a esto, los psicólogos informantes de este estudio construyen discursos en torno a las dificultades del modelo psicológico; de esta manera, no solo se posicionan desde la falta de recursos externos, en las redes e instituciones, sino que también perciben falta de recursos desde el propio campo psicológico. Cuando se analiza el cambio de los pacientes duales, los psicólogos entrevistados se cuestionan el impacto de las intervenciones psicoterapéuticas, sin poder diferenciar si el cambio fue producto de una acción específica del programa, o bien si fue un cambio espontáneo propio del período adolescente del paciente.

Cuando se indaga en modelos de abordaje específicos para patología dual, los psicólogos entrevistados muestran dificultades para describirlos, profundizando principalmente en los factores inespecíficos del cambio en psicoterapia. No logran sistematizar un modelo particular de intervención que permita identificar un modelo terapéutico específico para pacientes duales. Este aspecto es descrito como una necesidad a resolver por autores como Torrrens (2008), y que, además, según lo expuesto por Szerman et al. (2014), impide el logro de la formación adecuada y experiencia para el manejo del paciente con patología dual.

El psicólogo, al revisar los avances y logros percibidos tanto por el usuario como por el padre respecto al logro de la autonomía, identifica los resultados obtenidos como algo “propio del desarrollo”, más que como efecto propio de la acción terapéutica. Así, el psicólogo indirectamente minimiza el impacto de su trabajo clínico en el proceso de cambio del paciente, percibiendo la necesidad de requerir técnicas, herramientas y modelos de mayor complejidad para el abordaje. Por lo tanto, sería interesante replicar el estudio con una técnica de recolección de información distinta, por ejemplo, grupos focales, en los que participen distintos profesionales, de manera que se pueda conocer la dinámica que se expresa en ese formato de técnica. Sería interesante además, corroborar si los discursos individuales se replicaran en un contexto de grupo focal. Así también, se podría contrastar el concepto que surge de parte de los profesionales respecto a lo que definen como patología dual en

otras modalidades de tratamiento, así como en otros grupos etarios.

## Notas

1 Cabro sinónimo de muchacho o chico.

2 Harto sinónimo de mucho.

## REFERENCIAS

- Aberastury, A.; Knobel, M.; Dornbusch, A.; Goldstein, N.; Rosenthal, G. y Salas, E. (1999). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. En Paidós educador (Tomo 57). México: Paidós.
- Álvarez, J. (2012). *Historia en la Red SENAME de los jóvenes egresados del Sistema de Justicia Juvenil que reinciden e ingresan a GENCHI*. Chile: Unidad de Estudios SENAME. Obtenido de: <http://www.sename.cl/wsenname/otros/Reincidencia.pdf>
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Autor.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. y 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(1), 78–90.
- Becoña, E. y Cortés M, (Comp.) (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Brunette, M. F., & Mueser, K. T. (2006). Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 10–17.
- CONACE, SENAME y Ministerio de Salud (2007) *Orientaciones técnicas: Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de Ley (2007)*. Santiago de Chile: Andros Impresores. Obtenido de: [http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO\\_CL\\_5712.pdf](http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_5712.pdf)
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric services*, 51(9), 1126 – 1129.
- Gálvez, J. y Rincón, D (2008). Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes farmacodependientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 37(3), 335-341.
- Levisky, D. (1999). *Adolescencia: Reflexiones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Mateu, G. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: Del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones*, 17(2), 111-121.
- Minkoff, K. (2001). Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 52(5), 597 – 599.
- Nicholls, E. (2011). Proceso de individuación en adolescentes con consumo problemático de drogas desde la mirada sistémico relacional. *Revista de Familias y Terapias*, 20(31), 9-25.
- Ortega, E., García, J., De la Fuente, L. y Zaldivar, F. (2012). Meta-análisis de la reincidencia de la conducta antisocial penada en adolescentes españoles. *Edupsykhé*, 11(2), 171 – 189.
- Roncero, C., Vega, P., Martínez, J., Barral, C., Basurte, V., Rodríguez, L., Mesías, B., Grau, L., Casas, M., & Szerman, N. (2014). Professionals' perceptions about healthcare resources for co-

- occurring disorders in Spain. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(35), 1-10.
- Sanabria, A. (2010). Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. *Revista Diversitas- perspectivas en psicología*, 6(2), 257 – 274. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n2/v6n2a05.pdf>
- SENAME (2012). *Informe 5 años: Ley de responsabilidad penal adolescente*. Santiago de Chile: Autor. Obtenido de: [http://www.sename.cl/wsename/otros/INFORME\\_ESTADISTICO\\_5A\\_LRPA.pdf](http://www.sename.cl/wsename/otros/INFORME_ESTADISTICO_5A_LRPA.pdf)
- Staiger, P., Thomas, A., Ricciardelli, L., McCabe, M., Cross, W., & Young, G. (2011). Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users. *Addiction Research y Theory*, 19, 47 – 55.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. Obtenido de: <http://www.dandrosh.com.mx/books/Bases%20de%20la%20investigacion%20cualitativa%20-%20Anselm%20Strauss%20y%20Juliet%20Corbin.pdf>
- Sussman, S., Skara, S., & Ames, S. (2008) Substance abuse among adolescents. *Substance Use & Misuse*, 43, 1802 – 1828. Obtenido de: [https://www.homeworkmarket.com/sites/default/files/q4/09/03/substance\\_abuse\\_among\\_adolescents.pdf](https://www.homeworkmarket.com/sites/default/files/q4/09/03/substance_abuse_among_adolescents.pdf)
- Szerman, N., Vega, P., Grau-López, L., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Mesías, B., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Raga, J., Casas, M., & Roncero, C. (2014). Dual diagnosis resource needs in Spain: A national survey of professionals. *Journal of dual diagnosis*, 10(2), 84–90.
- Torrens, M. (2008) Patología dual: Situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320. Obtenido de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/255/244>
- Vinet, E. y Faundez, X. (2012). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluados a través del MMPI-A. *Salud Mental*, 35(3), 205-213. Obtenido de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam123d.pdf>

Tabla 1. Características de los informantes que participaron en el estudio

Grupo focal				
Entrevistado	Experiencia laboral	Tiempo de trabajo en el centro	Jornada laboral	Profesión u ocupación
Mujer (TS 1)	8 años	6 años	44 Horas	Trabajadora social
Mujer (TS 2)	8 años	3 años	44 Horas	Trabajadora social
Hombre (TS 3)	6 años	4 años	33 Horas	Trabajador social
Mujer (TS 4)	6 años	2 años	33 Horas	Trabajadora social
Mujer (T 1)	4 años	2 años	44 Horas	Técnico
Mujer (T 2)	4 años	3 años	44 Horas	Técnico
Hombre (T 3)	2 años	1 año.	33 Horas	Técnico
Entrevistas Individuales				
Entrevistado/a	Experiencia laboral	Tiempo de trabajo en el centro	Jornada laboral	Profesión u ocupación
Hombre (S1)	8 años	4 años	44 horas	Psicólogo
Mujer (S2)	3 años	2 años	33 horas	Psicóloga
Hombre (S3)	5 años	2 años	44 horas	Psicólogo
Mujer (S4)	6 años	2 años	33 horas	Psicóloga
Hombre(D)	8 años	5 años	44 horas	Director
Hombre(PQ)	7 años	5 años	10 horas	Psiquiatra
Entrevistas individuales usuario				
Entrevistado	Edad	Tiempo en el centro	Rol	
Hombre (A)	21 años	4 años	Usuario	
Hombre (H)	46 años	4 años	Padre del usuario	