

Prevención de la patología dual desde una perspectiva de género

Dual diagnosis prevention from a gender perspective

Belén Santiago Lozano, Piedad Iratxe Jiménez Zambrano, Sara Caldera Torres, Alba Alcalá Asencio, Adrián López Gómez

Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España.

Contacto: Belén Santiago Lozano, bsantiagolozano@gmail.com

Fecha de recepción: 18 de diciembre de 2024 / Fecha de aceptación: 16 de abril de 2025

Resumen

La coordinación entre profesionales de enfermería de la red de adicciones y de salud mental es crucial para beneficiar a pacientes con trastorno mental y trastorno de adicciones, lo que se denomina patología dual. Este proyecto busca aumentar la conciencia sobre ambas condiciones y promover el autocuidado y estrategias de afrontamiento en mujeres afectadas. Se propone crear un grupo coordinado por enfermeras del Centro de Adicción Integral de Drogodependencias (CAID) y Centro de Salud Mental (CSM) que aborde temáticas relevantes para empoderar a las participantes. Se espera mejorar la integración entre estas redes y generar un espacio de apoyo y confianza donde las mujeres puedan discutir abiertamente sobre adicciones y trastornos mentales, reduciendo el estigma asociado.

Keywords: diagnóstico dual (psiquiatría), salud mental, mujeres, trastornos relacionados con sustancias, enfermería.

Abstract

The coordination between nursing professionals in the addiction and mental health networks is crucial to benefit patients with both a mental disorder and a substance use disorder, a condition known as dual diagnosis. This project aims to raise awareness about both conditions and promote self-care and coping strategies among affected women. It proposes creating a group coordinated by nurses from CAID and CSM that addresses relevant themes to empower participants. The expectation is to improve integration between these networks and generate a supportive and trusting space where women can openly discuss addictions and mental disorders, reducing the associated stigma.

Keywords: dual diagnosis (psychiatry), mental health, women, substance-related disorders, nursing.

Introducción

La patología dual implica la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias (TUS), lo que afecta negativamente la salud, redes sociales y resultados clínicos, incrementando el riesgo de suicidio. Se requiere un enfoque multidimensional y centrado en el paciente, integrando ambos problemas¹. Dada su alta prevalencia y gravedad, identificar y tratar a personas con patología dual se ha convertido en un desafío para los profesionales en el ámbito de las adicciones. Es crucial establecer sistemas de detección efectivos y utilizar herramientas validadas, además de asegurar la formación adecuada de los profesionales, debido a la falta de conciencia sobre estas comorbilidades¹.

El consumo de drogas causa graves problemas de salud, como infecciones, complicaciones cardiovasculares y trastornos mentales. Las personas con trastornos mentales previos son más propensas a desarrollar adicciones o comportamientos compulsivos al entrar en contacto con las drogas. En muchos casos, el consumo compulsivo y los síntomas psicopatológicos pueden ser vistos como manifestaciones de una única enfermedad mental. Pero también se considera que estas condiciones pueden ser provocadas por el consumo de drogas o los síntomas de abstinencia. Debido a esta complejidad, se han desarrollado teorías para abordar el consumo de drogas y sus comorbilidades²:

- Hipótesis de la automedicación: Las drogas alivian síntomas psiquiátricos y efectos secundarios de tratamientos, aunque no explican casos donde el consumo precede al trastorno^{2,3}.
- Hipótesis de la sintomatología primaria de la adicción: Trastornos mentales y adicciones derivan de alteraciones en el neurodesarrollo que afectan el refuerzo cerebral.
- Modelo de diátesis estrés: El consumo de drogas desencadena enfermedades mentales en individuos vulnerables, apoyado por evidencia genética en animales^{2,3}.
- Hipótesis de acumulación de riesgos: Factores como habilidades cognitivas reducidas y desventajas socioeconómicas aumentan la vulnerabilidad, aunque carece de suficiente respaldo científico^{2,3}.

La patología dual se asocia con desempleo, exclusión social, estrés, más uso de servicios de urgencia y menor éxito en tratamientos, con recaídas frecuentes. Estas personas suelen ser identificadas por uno solo de los trastornos, limitando la intervención integral³.

Además, las personas con patología dual tienen un riesgo significativamente mayor de suicidio, con un 40 % reportando ideas suicidas. Se incrementa en aquellos con condiciones como psicosis crónica, trastornos depresivos mayores y trastornos de personalidad con impulsividad.

Para dar respuesta a la patología dual, se han creado diferentes modelos de intervención³:

- Modelo secuencial: Se comienza a intervenir en un recurso, ya sea de la red de adicciones o de salud mental y posteriormente continúa en el otro.
- Modelo paralelo: Intervención simultánea en el tiempo, en el que se asiste a dos recursos para trabajar por un lado las adicciones y por otro, la salud mental.
- Modelo integrado: Recomendado por realizar una intervención unificada por un mismo equipo, quién combina los elementos terapéuticos de ambas redes, planteando una atención integral, estructurada y prolongada en el tiempo.

Antecedentes y situación actual

La patología dual es altamente prevalente, con altos índices de trastornos mentales en personas con adicciones y un mayor consumo de sustancias en quienes tienen trastornos psiquiátricos².

Estudios como el Epidemiological Catchment Area (ECA) en EE. UU. (1980-1984) y el National Comorbidity Survey (NCS) (1990-1992) mostraron que más del 50 % de los pacientes con abuso de sustancias también cumplían criterios para otro trastorno mental. Estudios posteriores, como el NCS-R (2001-2003), confirmaron que ciertos trastornos mentales son factores de riesgo para el inicio del consumo de sustancias^{2,4}. Con resultados similares también se desarrolló la National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES), llevada a cabo entre 1991 y 1992, seguido por la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) de 2001-2002, y la NESARC-II en 2004². En Europa, los estudios son escasos. Destaca el National European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), entre 2001 y 2003, que evaluó la depresión, trastornos de ansiedad y alcoholismo en seis países europeos. A nivel nacional, se han realizado la British Psychiatric Morbidity Survey (BPMS) en 1993-1994, la Mental Health in General Population Survey (MHGP) en Francia entre 1999 y 2003, y la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), que se realiza bianualmente desde 1995, siendo la última en 2022². Recientemente, en 2015, el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (EMCDDA) reportó una prevalencia de comorbilidad del 50 %, aunque se debe tener cuidado con esta cifra, debido a la variabilidad y posibles sesgos en los estudios revisados⁴.

A pesar de las diferencias metodológicas y la variabilidad de las cifras de comorbilidad disponibles, los estudios coinciden en la alta prevalencia de la patología dual en población general y entre pacientes, así como en la relación entre los TUS y otros trastornos mentales^{2,4}.

En 2020, España llevó a cabo una Encuesta Nacional sobre la prevalencia y tratamiento de la concurrencia de TUS y otros trastornos mentales. Se observó que predominan los hombres y los jóvenes en la red de adicciones, y que los pacientes en tratamiento son más activos laboralmente⁴. El 68.9 % de pacientes de la red de salud mental tienen diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (59 % excluyendo el tabaco), siendo el consumo de tabaco (89.1 %), alcohol (24.8 %) y cannabinoides (12.7 %) los más frecuentes. En la red de adicciones, el 71 % presenta otros trastornos mentales, con predominio de trastornos afectivos (32.3 %) y de personalidad (26.6 %)⁴.

Las asociaciones entre sustancias y trastornos mentales son relevantes, destacando el alcohol con trastornos afectivos, opioides con trastornos de personalidad, y cannabinoides con trastornos psicóticos y de ansiedad.

Perspectiva de género

Los estudios sobre género y patología dual son limitados, considerando el género como un factor relevante que afecta la expresión de trastornos mentales. Las mujeres presentan menos diagnósticos de TUS, y experimentan mayores tasas de trastornos afectivos, de ansiedad y del sueño, viéndose incrementado a partir de los 19 años⁴. Además, presentan mayores niveles de severidad y frecuencia de ingresos involuntarios. Sin embargo, hay escasos datos específicos sobre mujeres con patología dual, destacándose un mayor estigma, penalizaciones sociales y barreras al acceso al tratamiento en este grupo^{1,5}.

Las diferencias biológicas entre géneros afectan la salud, tratamiento y respuesta en adicciones y *craving*. Aunque estudios en animales muestran patrones distintos, la mayoría se enfoca en hombres, dejando de lado las necesidades y características femeninas. Es importante distinguir sexo y género, investigar el papel de las hormonas y considerar factores socioculturales, especialmente en mujeres embarazadas y recaídas⁵.

Factores como normas sociales, roles de género, sobrecarga, brecha salarial, pobreza, discriminación y violencia de género aumentan el riesgo de mala salud mental en mujeres, siendo la violencia de género un factor clave en trastornos mentales y adicciones. El estigma asociado al uso de sustancias, la falta de habilidades de afrontamiento y el deseo de aliviar malestar emocional llevan a una mayor automedicación en mujeres, con un uso más frecuente de analgésicos y ansiolíticos, lo que dificulta que busquen ayuda^{5,6}.

Se requiere una perspectiva de género en los estudios y tratamientos de la patología dual, incluyendo factores como el rol cuidador y diseñando recursos específicos para mujeres. Los profesionales de la salud deben reevaluar sus prejuicios y formarse en esta perspectiva, mientras que las administraciones deberían contribuir a una transformación social que reduzca el riesgo de violencia de género^{5,6}. Esta perspectiva de género además constituye un mandato en

la planificación sanitaria, reconocido por la OMS y políticas españolas como La Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres⁶.

Justificación

Las personas con trastornos mentales, incluidas las adicciones, deben tener acceso a un único modelo asistencial multidisciplinar que integre y/o coordine la red de salud mental y la de adicciones. Actualmente, la existencia de dos puertas de entrada, adicciones y salud mental, para una única persona conduce al “síndrome de la puerta equivocada”. Todo paciente tiene derecho a ser adecuadamente evaluado por profesionales expertos y a recibir una asistencia integral en patología dual, basada en evidencia científica. La existencia de dos redes asistenciales no es suficientemente eficaz y deja a muchos pacientes sin diagnóstico de patología dual y por tanto sin acceso a un tratamiento integral⁷.

Por ello, la coordinación y el trabajo en colaboración desde los profesionales de enfermería de ambas redes podría resultar beneficioso como alternativa a la desvinculación y lejanía de la red de adicciones y de salud mental.

Objetivos

- Facilitar la integración de la red de adicciones y red de salud mental a través de los profesionales de enfermería.
- Fomentar la conciencia de enfermedad y la identificación de ambas problemáticas en mujeres con patología dual participantes de un grupo psicoeducativo dirigido por enfermeras de CSM y CAID.
- Aumentar las actividades de autocuidado y estrategias de afrontamiento en las mujeres participantes del grupo psicoeducativo planteado.

Metodología

Estudio cuantitativo, cuasiexperimental de antes y después, longitudinal y prospectivo. Se realizarán dos mediciones: previa a la intervención y otra posterior.

Lugar de estudio: CSM y CAID del mismo área.

Población diana: Mujeres usuarias tanto de la red de adicciones con patología mental como usuarias del CSM con algún trastorno del uso de sustancias.

Criterios de inclusión

- Pacientes mujeres vinculadas al CSM con un consumo activo de riesgo que no estén asistiendo al CAID.
- Pacientes mujeres del CAID diagnosticadas de algún otro trastorno mental que no estén vinculadas al CSM.

Criterios de exclusión

- Pacientes mujeres con ideación autolítica presente.
- Pacientes mujeres con inestabilidad psicopatológica actual.
- Pacientes mujeres con mala adherencia terapéutica.
- Pacientes mujeres que no muestren voluntad ni consentimiento de acudir al programa de prevención.

Nº de participantes: Mínimo 5 y máximo 10.

Periodicidad: Grupo cerrado con sesiones de 90 minutos, quincenal, durante 4 meses.

Variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre patología dual.

Otras variables: Nacionalidad, edad, estado civil, composición familiar, convivencia, nivel educativo, ocupación, estado laboral, personas a su cargo.

Instrumentos de medida

- Ficha de datos sociodemográficos.
- Cuestionario pre y post grupo sobre creencias, actitudes y percepciones relacionadas con el tema, utilizado en un estudio perteneciente al curso de Oportunidades de mejora terapéutica en adicciones y patología dual dentro del Programa ActualizaT 2022⁸.
- Encuesta de satisfacción.

Aspectos éticos y de confidencialidad

Este proyecto se desarrollará bajo el cumplimiento estricto de las normativas éticas y legales vigentes, asegurando siempre el respeto a los derechos de las participantes. Antes de iniciar, el protocolo será revisado y aprobado por el Comité de Ética siguiendo las disposiciones de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y los principios de la Declaración de Helsinki.

Todas las participantes serán informadas detalladamente sobre los objetivos del estudio, los procedimientos que se llevarán a cabo, los posibles benefi-

cios y riesgos, y la forma en que se protegerá su información personal. Se les entregará un documento de consentimiento informado que deberán firmar de manera voluntaria, dejando claro que su participación es opcional y que pueden retirarse del proyecto en cualquier momento sin que esto afecte su atención sanitaria.

En cuanto al manejo de datos, se cumplirá con el Reglamento UE 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD) y la legislación española correspondiente: Ley 41/2002 básica reguladora de autonomía del paciente, y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 14/2007, del 3 de julio de Investigación Biomédica, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, garantizando la confidencialidad y el anonimato. Los datos serán protegidos mediante sistemas seguros de almacenamiento, y solo serán accesibles para el equipo investigador directamente involucrado en el proyecto.

Desarrollo

Para empezar, la enfermera referente de patología dual una vez formada y con el programa establecido, realizaría una presentación con la enfermera del CAID tanto al CSM como al CAID. El objetivo será informar a los equipos de la propuesta y que puedan derivar al grupo a las mujeres que cumplirían criterios de inclusión.

La derivación de las pacientes será realizada por los clínicos al personal de enfermería referente (CAID o CSM) en función de la red en la que esté vinculada la paciente. Se realizará una primera cita de evaluación consistente en una entrevista inicial a través de una valoración con los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y una valoración focalizada en los problemas de salud mental y consumo. En una segunda cita, el personal de enfermería trabajará el vínculo, explorará la fase de cambio de la paciente (entrevista motivacional) e incluirá los beneficios del tratamiento grupal, fomentando la derivación al grupo y la adherencia.

Una vez formado el grupo de mujeres, los profesionales de enfermería del CSM y del CAID realizarán una coordinación para presentar los casos de las pacientes. El grupo será dirigido por la enfermera del CAID y la referente de patología dual del CSM.

ACTIVIDADES		MES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Acercamiento y preparación	Hipótesis conceptual o desarrollo de la idea												
	Búsqueda bibliográfica												
	Elaboración del marco teórico												
	Diseño de la metodología												
	Elección de cuestionario inicial y final												
	Consulta a Comité Ético												
	Coordinación enfermera de CAID y de CSM												
	Presentación del proyecto a los equipos de CAID y CSM												
	Selección y reclutamiento de participantes												
Aplicación de sesiones grupales	Sesión 1: Bienvenida y cuestionario inicial												
	Sesión 2: Introducción a la patología dual												
	Sesión 3: Motivos del consumo												
	Sesión 4: Salud mental												
	Sesión 5: Autocuidado												
	Sesión 6: Alternativas al consumo												
	Sesión 7: Perspectiva de género												
	Sesión 8: Despedida, cuestionario post y encuesta de satisfacción												
Análisis y verificación	Transcripción y análisis de contenido de sesiones												
	Comparación de cuestionarios inicial y final												
	Presentación de resultados preliminares al equipo												
Elaboración y difusión de resultados	Redacción de informe final												
	Publicación en revistas y eventos												

Figura 1: Cronograma (elaboración propia)

Cada sesión se iniciará con un breve repaso o recordatorio de la sesión anterior (5 minutos), seguido de un espacio abierto para compartir reflexiones, dificultades o cambios relacionados con la patología dual y el tema tratado (15 minutos). En los 70 minutos restantes, se introducirá el tema de la sesión, con momentos psicoeducativos más guiados (información, fichas, presentaciones, artículos, textos) y espacios abiertos para compartir experiencias.

A continuación, se describirá brevemente el contenido y los objetivos de cada sesión grupal:

Sesión 1. Bienvenida al grupo

Esta sesión estará dedicada al encuadre grupal, presentación del grupo y de las participantes. Cada participante tendrá la oportunidad de presentarse brevemente y explicar los motivos por los cuales ha ingresado al grupo. Se hablará de las normas básicas, tales como respeto, confidencialidad, puntualidad y escucha. Se explorarán las expectativas del grupo y se ajustarán, guiando a las participantes para encontrar los objetivos del grupo y explicar las dinámicas que se seguirán en las sesiones. Además, se pasará un cuestionario sobre la patología dual para evaluar el nivel de conocimiento previo de las participantes.

Sesión 2. Introducción a la patología dual

En este apartado se explicará qué es la patología dual, qué constituye una adicción y qué es un trastorno mental. Se trabajará en la identificación de los aspectos que las participantes reconocen en sí mismas y el nivel de conciencia que tienen sobre su enfermedad. Se abordarán los estigmas, mitos y creencias relacionadas tanto con las adicciones como con los trastornos mentales.

Sesión 3. Por qué consumimos, centradas en la adicción

Esta sesión estaría enfocada a mencionar los motivos que llevan a consumir, qué pasa para pensar en el consumo, qué beneficios buscan, qué resultados tiene el consumo a corto plazo, cuál es el patrón, qué significado atribuyen al consumo... Para ir integrando la teoría de los diferentes modelos explicativos del consumo en la patología dual y abrir debate sobre qué opinan sobre esas teorías.

Sesión 4. Hablemos de la salud mental

Se animará a hablar sobre sus trastornos de salud mental, etiqueta diagnóstica, sintomatología, trata-

miento, adherencia o dificultades del tratamiento, limitaciones del día a día, estrategias de afrontamiento, recursos y apoyos. Se explorará la relación entre los trastornos mentales y el consumo de sustancias, y cómo este puede aliviar o perjudicar ciertos aspectos, además de los riesgos del consumo durante el tratamiento farmacológico y como factor potencial desestabilizador.

Sesión 5. ¿Y qué del autocuidado?

Se realizará un repaso sobre diferentes áreas de la salud y el autocuidado, enfocándose en alimentación, actividad física, sueño, rutinas y horarios. Se utilizarán dinámicas grupales como "verdadero o falso", "foto-palabra", "quién sí y quién no", debates o la aplicación Kahoot. Estas dinámicas ayudarán a desarrollar conciencia sobre la salud, el autocuidado y la motivación para el cambio. Al final, cada participante escribirá un propósito realista de autocuidado que pueda comenzar a implementar inmediatamente.

Sesión 6. Alternativas al consumo

Se hablará sobre la importancia del área ocupacional de las participantes: formación, trabajo, actividades de ocio, intereses y contacto social. Se reflexionará sobre cómo la patología dual impacta estas áreas. Se discutirán estrategias alternativas al consumo, como la planificación de actividades agradables, disminuir el aislamiento y fomentar el apoyo en la red sociofamiliar y comunitaria. La sesión concluirá con técnicas de respiración y un ejercicio breve de introducción a la atención plena para manejar la ansiedad.

Sesión 7. Perspectiva de género

Se realizará un resumen de lo trabajado en las sesiones anteriores y se preguntará si se podrían observar diferencias entre hombres y mujeres: en el patrón del consumo y de la adicción, en los trastornos mentales y su presentación, en las dificultades y barreras, en el contexto social y cultural, sobrecargas familiares, creencias, prejuicios, etc. Psicoeducación sobre la patología dual desde la perspectiva de género. Animar a pensar en alternativas y en formas de protección a la mujer en estos casos.

Sesión 8. Despedida

Última sesión dedicada a la despedida de las participantes; se realizará un *feedback*, se revisarán los obje-

tivos, qué se ha podido conseguir y para qué ha servido el grupo. Se pasará el mismo cuestionario que en la primera sesión, siendo el cuestionario post, y una breve encuesta de satisfacción con sugerencias.

Una vez terminadas las sesiones, las mujeres continuarán con su seguimiento de origen, además de por el enfermero de la misma red para seguir trabajando y continuar con el seguimiento y tratamiento. Por otro lado, el equipo podrá realizar una valoración de los resultados (datos sociodemográficos, cuestionario pre y post, encuesta de satisfacción) y una revisión de los aspectos más destacables, dificultades grupales y maneras de abordaje para el siguiente grupo psicoeducativo.

Análisis de resultados

Se utilizará el programa SPSS. Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Para las variables cualitativas se calculará porcentaje y frecuencia. Para todas las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (desviación media, varianza), y se compararán. Se realizará una distribución de las variables en percentiles para estudiar el grado de desviación sobre la normalidad. En todas las pruebas se considerarán estadísticamente significativos los valores de p inferiores a 0.05.

Recursos y análisis de ahorro

Los recursos materiales estarán disponibles tanto en el CSM como en el CAID, sin suponer un coste adicional; serían: una sala de reuniones, sillas, bolígrafos e impresiones de cuestionarios y documentos a cumplimentar por los pacientes.

El gasto principal sería el dedicado a recursos humanos, un profesional de enfermería procedente del CAID y otro procedente del CSM.

Si cada 4 meses se hiciera un nuevo grupo, contando con periodos vacacionales, se podría estimar que se completarían dos grupos al año. Esto conlleva unas 16 intervenciones dedicadas a un mínimo de 10 y un máximo de 20 mujeres al año. Cada una de estas personas se beneficiarían de 8 sesiones grupales. Por cada intervención, el coste humano supondría un total de 180 minutos (3 horas). Para el cálculo anual, tendremos en cuenta los 8 meses de grupos, precisando

de 6 horas mensuales. La implicación a nivel personal de este proyecto supondría unas 48 horas anuales de cada profesional al año:

- 30 minutos de traslado.
- 30 minutos de preparación de grupo.
- 90 minutos de grupo.
- 30 minutos de posgrupo para los profesionales.

Para estimar el beneficio económico, se puede comparar con una intervención individual, además de duplicada, recibiendo cada mujer atención tanto por parte de enfermería del CAID y del CSM. Podríamos multiplicar esas 48 h anuales por los dos profesionales y por 10 o 20 pacientes participantes, resultando en 960-1920 horas anuales.

A pesar de que resulte un cálculo de difícil estimación, puesto que el ahorro también depende de la eficacia de la intervención (aumento de conocimiento, creación de conciencia, cambios generados en las pacientes, etc.), los estudios científicos tradicionalmente avalan la rentabilidad económica de la prevención y el encuadre grupal.

Limitaciones

La implementación requiere una colaboración efectiva entre CSM y CAID, lo cual puede ser complejo por cuestiones de agenda, comunicación y diferencias en protocolos.

Un grupo de 5 a 10 participantes podría limitar la generalización de los resultados y reducir la potencia estadística del análisis.

Dificultad para encontrar un grupo de mujeres que se ajuste a los criterios de inclusión sin que cumpla ningún criterio de exclusión.

Algunas participantes podrían tener dificultades a la hora de mantener la adherencia a las sesiones a pesar de su deseo de asistir por problemas de carácter social, económico, personal o de salud.

Se usan cuestionarios para valorar conocimientos y actitudes, pero esto puede verse afectado por deseabilidad social, comprensión limitada o falta de sinceridad en las respuestas, especialmente en contextos grupales.

Futuras líneas de investigación

Este espacio grupal podría ofrecer a las mujeres participantes la oportunidad de sentar las bases del apoyo peer to peer en mujeres con patología dual. Se considera esta propuesta otra posible línea de investigación para la creación de un espacio adecuado de referencia, de apoyo, de compartir experiencias y estrategias, libre de estigma.

Como alternativa se podría considerar la modalidad online o las redes sociales como una opción más factible, accesible y adaptada al contexto actual de las mujeres.

Conclusiones

A nivel institucional y profesional, se espera la consecución de una mayor integración entre ambas redes, facilitando la coordinación y gestión de casos, acercando a los diferentes profesionales. Por otro lado, se espera aumentar la producción científica enfermera sobre patología dual.

En cuanto a las personas atendidas, esperamos conseguir el aumento de conciencia de enfermedad, la integración de ambas problemáticas y la incorporación de conciencia de autocuidado y estrategias de afrontamiento. Estas mejoras se podrán medir con el cuestionario pre y post.

Por último, mediante la encuesta de satisfacción podremos obtener las actitudes y las opiniones de las mujeres respecto a la utilidad de la intervención grupal y del contenido de las sesiones, siendo así capaces de reproducir un espacio donde, en lugar de estigma, encuentren apoyo y confianza, para poder hablar y entender las adicciones y los trastornos de salud mental.

Bibliografía

1. Lanzi R, Menculini G, Bachetti MC, Moretti P, Tortorella A. Differential gender severity expression of symptoms in patients with dual diagnosis: An in-patient observational study. *Psychiatr Danub.* 2020.; 32:S70-4.
2. Roncero C, Casas M. Patología dual: Fundamentos clínicos y terapéuticos. 1ª ed. Barcelona: Marge Books;2016.
3. Apuntes sobre patología dual [Internet]. Madrid: Confederación Salud Mental España; 2020 [revisado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>
4. Fernández Miranda JJ, Fontoba Díaz J, Díaz Fernández S, Pascual Pastor F. Encuesta Nacional Sobre La Prevalencia Y

- Tratamiento De La Concurrencia De Trastorno Por Uso De Sustancias Y De Otro Trastorno Mental [Internet]. Valencia: Socidrogalcohol; 2020 [revisado el 27 de enero de 2024]. Disponible en: <https://socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2021/04/EncuestaConcurrenciaTUSyOTM.pdf>
5. Torrens-Melich M, Orengo T, Rodríguez de Fonseca F, Almodóvar I, Baquero A, Benito A. Gender perspective in dual diagnosis. *Brain Sci.* 2021.;11(8):6–9.
 6. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022.2026 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad;2022 [revisado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>
 7. Szreman N, Martínez-Raga J, Baler R, Roncero C, Vega p, Basurte I et al. Declaración conjunta sobre patología dual: la adicción es un trastorno mental y no un acto voluntario y vicioso [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Patología Dual; 2017 [revisado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: https://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta_Patologia_Dual_SEPD.pdf
 8. Fundadeps. Manual de dinámicas de intervención 2022. Programa ActualizaT 2022. Curso de oportunidades de mejora terapéutica en adicciones y patología dual. FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (FUNDADEPS). 2022