



UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

FACULTAD DE ENFERMERÍA-SEDE
LA PALMA.

GRADO EN ENFERMERÍA

CURSO ACADÉMICO 2018/19

TRABAJO FIN DE GRADO.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**“Enfermería durante el proceso de
desintoxicación a nivel hospitalario del
paciente drogodependiente.”**

AUTORA: AMANDA CRISTINA PÉREZ HERNÁNDEZ

TUTOR: GERSON REYES ABREU

ÍNDICE

Índice.....	1
Agradecimientos.....	2
1. Resumen.....	3
1.1 Abstract.....	4
2. Introducción.....	5
3. Justificación.....	6
4. Terminología.....	7
5. Marco teórico.....	11
6. Metodología.....	19
7. Objetivos y finalidad del estudio.....	28
8. Plan de trabajo.....	29
9. Consideraciones/aspectos éticos.....	34
10. Conclusión.....	35
11. Bibliografía.....	36
12. Anexos:	
1. Anexo I.....	39
2. Anexo II.....	41
3. Anexo III.....	43
4. Anexo IV.....	45
5. Anexo V.....	48

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer y reconocer la labor docente de mi tutor D. Gerson Reyes Abreu, que además de ejercer como profesor durante los cuatro años de carrera, me ha guiado en este trabajo, muestra del proceso que pone fin a esta etapa con la que concluye la carrera. Por su disponibilidad, consejos y aportaciones que han hecho posibles este proyecto.

En segundo lugar, quiero agradecer a todos los profesores y enfermeros que durante estos cuatro años han hecho posible recibir una educación y las bases para convertirme en una profesional.

Por último, sin quitar ninguna importancia, a mi familia por apoyarme, en especial a mi madre y mi abuela. Por ser mi apoyo diario, darme confianza, ánimos y la fuerza para seguir adelante y cerrar esta etapa.

Gracias a todos.

1. RESUMEN

Con este proyecto se pretende mostrar los beneficios de una intervención enfermera integral al paciente drogodependiente que se encuentra bajo tratamiento hospitalario. Es una realidad que el paciente drogodependiente necesita ayuda integral y multidisciplinar en el proceso de rehabilitación y desintoxicación a sustancias tóxicas/adictivas como son las drogas, el alcohol o los fármacos (antidepresivos, opiáceos o benzodiacepinas), donde el papel de enfermería será clave en la ayuda al cumplimiento de un régimen terapéutico, la evasión del consumo de sustancias y en el abandono del tratamiento o recaída. Repercutiendo directamente en una mejora de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas (TECVASP) y por tanto una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRRS). Asimismo se intentará demostrar que intervenciones de este tipo disminuyen los niveles de ansiedad y de depresión en estos pacientes. Para ello, en el estudio se seleccionarán pacientes que ingresan a lo largo de 6 meses en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) del Hospital Universitario de Canarias, a los cuales se les pasará una serie de cuestionarios que serán los instrumentos de medición que nos ayudarán en diferentes momentos de la intervención a demostrar las cuestiones que deseamos plasmar.

Palabras clave: Drogodependiente, desintoxicación, enfermería, calidad de vida, depresión, ansiedad.

Abstract

The aim of this project is to show the benefits of an integral nursing intervention for the drug-dependent patient under hospital treatment. It is a reality that the drug dependent patient needs comprehensive and multidisciplinary help in the process of rehabilitation and detoxification to toxic / addictive substances such as drugs, alcohol or drugs (antidepressants, opiates or benzodiazepines), where the role of nursing will be key in the it helps to comply with a therapeutic regimen, the evasion of the consumption of substances and in the abandonment of treatment or relapse. Repercuting directly in an improvement of the quality of life in addicts to psychoactive substances (TECVASP) and therefore an improvement in the quality of life related to health (HRQOL). Likewise, an attempt will be made to demonstrate that interventions of this type reduce the levels of anxiety and depression in these patients. To this end, the study will select patients admitted for 6 months in the Hospital Detoxification Unit (UDH) of the University Hospital of the Canary Islands, who will receive a series of questionnaires that will be the measuring instruments that will they will help in different moments of the intervention to demonstrate the issues that we wish to express.

Keywords: Drug addiction, detoxification process, nursing, quality of life, depression, anxiety.

2. INTRODUCCIÓN

La desintoxicación es la primera etapa del proceso terapéutico que debe asumir de manera voluntaria un drogodependiente para comenzar su rehabilitación. El proceso de desintoxicación resulta ser un “camino” difícil para el paciente, por ello necesitará ayuda y apoyo multidisciplinar de un equipo clínico, la familia y en general de todo el entorno que lo rodea. Con un entorno familiar y social favorable le será mucho más fácil pasar por el proceso de desintoxicación, no es de extrañar que este régimen se lleve a cabo en los hogares y de manera extra-hospitalaria/ ambulatoria, sin embargo sucede que cuando las circunstancias personales, familiares y sociales no son las adecuadas es necesario que el abordaje terapéutico se realice de manera intra-hospitalaria, con el ingreso del usuario en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Así se definen las Unidades de Desintoxicación como: “espacios cerrados integrados en hospitales generales, aislados del resto de la estructura hospitalaria, pero contando con las instalaciones necesarias que permitan la desintoxicación física de cualquier dependencia a drogas, así como la realización de distintas actividades y el desarrollo de unas adecuadas relaciones interpersonales entre pacientes y equipo técnico de la unidad”.⁽¹⁾

En 1997 se publica la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, la cual en su artículo 18 indica “Los hospitales que se determinen reglamentariamente, del sector público o vinculados a éste mediante concierto o convenio, dispondrán de una Unidad de Desintoxicación. La designación de estos hospitales se realizará, en todo caso, atendiendo a criterios geográficos, de densidad de población y existencia de núcleos de riesgo”.⁽¹⁾ En Canarias se crea desde hace 22 años la Unidad Hospitalaria de Tratamiento de Desintoxicación, actualmente denominada Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), en Agosto de 1987. En sus inicios se inauguró con el ingreso de 3 pacientes que solicitaban una desintoxicación de las diferentes dependencias que padecían.⁽²⁾ Desde entonces esta unidad ha venido cumpliendo un papel relevante dentro de la red asistencial de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, constituyendo el entorno terapéutico adecuado para cierto perfil de drogodependientes que por distintas circunstancias no son abordables en un Centro de Tratamiento Ambulatorio.

3. JUSTIFICACIÓN

La finalidad de realizar este proyecto es poder aportar una mejora de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas (TECVASP) y por tanto una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), así como una disminución de la ansiedad y la depresión en el paciente drogodependiente bajo tratamiento hospitalario en el proceso de desintoxicación/ rehabilitación. Se ha demostrado que una atención integral y multidisciplinar que atienda no solo al papel clínico (fisiológico) en el paciente drogodependiente sino también a los procesos psicológicos y emocionales garantizan una mejora en la calidad de vida (CV), repercutiendo positivamente en varias áreas de importancia para enfermería: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), disminución de la ansiedad y de la depresión y aumento de efectividad en el tratamiento de desintoxicación evitando el abandono y la recaída. “Es conveniente una evaluación continuada de la calidad de vida y de las necesidades percibidas durante el tratamiento y tras el alta por la elevada probabilidad de recaída del paciente drogodependiente.”⁽³⁾ Por lo que es acertado en los pacientes drogodependientes utilizar instrumentos que midan la calidad de vida (CV) y la satisfacción en varias áreas de la vida, además de aquellas relacionadas con la salud, así como el registro y atención de las necesidades auto-percibidas por el usuario debido a su estrecha relación con la mejora de la calidad de vida percibida. Una evaluación continuada de estos factores y una atención de enfermería integral permitirían una mejor comunicación entre el paciente y el profesional de la salud y una mayor comprensión del paciente drogodependiente. También repercutirá en beneficio del sistema sanitario ya que con una efectividad en la calidad de la atención al drogodependiente bajo tratamiento farmacológico y en proceso de desintoxicación, en este caso en el ámbito hospitalario, habrá un control de los recursos sanitarios empleados (medicación, material), evitando un uso inadecuado además de emplear mayor gasto en las complicaciones relacionadas con el paciente como son patologías crónicas o enfermedades de transmisión entre las que destacan el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las hepatopatías víricas (virus C y B), conjunto al control de riesgo de contagio de las mismas en el proceso de administración. Sería por tanto un aspecto a tener en cuenta para el sistema sanitario ya que se garantizarían una mejora en áreas que competen: eficacia y efectividad del personal sanitario, recursos sanitarios, gastos en medicación y control de la salud comunitaria.

4. TERMINOLOGÍA-GLOSARIO

Conceptos que definir para introducirnos en la temática:

- Drogodependiente
- Droga
- Adicción- cronicidad
- Dependencia física: Síndrome de abstinencia
- Dependencia psíquica: *Craving*
- Tolerancia
- Factores psíquicos y emocionales
- Necesidades/ Auto-percepción

⇒ El término “drogodependencia” hace referencia a la adicción por el consumo o exposición de manera repetida a una *droga*, una sustancia psicoactiva (alcohol) o a un fármaco, La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su glosario más reciente define la dependencia del alcohol y otras sustancias como “una necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse bien o para no sentirse mal.” ⁽⁴⁾

Es difícil encontrar una definición exacta del término “*droga*” ya que abarca un campo extenso donde los términos para definir lo que diferencian “una droga” de un fármaco o cualquier otra sustancia es inexacto. Es por tanto que la diferencia entre una droga y un fármaco no está dada por criterios farmacológicos, químicos o médicos, sino por dos pequeños matices, principalmente de tipo instrumental (uso) y social, en donde el propio individuo se administra la sustancia sin prescripción médica y donde el objetivo sea distinto al de la curación de una patología. Concretando así dentro de las múltiples definiciones a las que pueda hacer referencia la palabra droga como: “el uso de cualquier sustancia que de manera auto-suficiente un individuo se administre para cualquier tipo de motivo fuera del ámbito médico y de tratamiento a una patología, del cual dependa para su bienestar o ausencia de malestar.” ⁽⁴⁾

⇒ Un paciente “drogodependiente” se clasifica como una persona que ha creado una adicción, entendiendo por adicción a la dependencia de una “droga” (en su

amplio sentido de la palabra) donde la característica más importante es su capacidad para producir problemas de dependencia o hábito. El Manual Diagnóstico y Estadístico De los Trastornos Mentales (DSM-IV) define dependencia como: “conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.” ⁽⁴⁾

Relacionando con la adicción y por tanto la dependencia que se crea en el paciente no se debe obviar que la drogodependencia se clasifica dentro de “las enfermedades crónicas” tal y como afirma El National Institute on Drug Abuse (NIDA) dentro de las múltiples definiciones de adicción como: “una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas.” ⁽⁶⁾ De esta manera aparece una conducta peligrosa en estos pacientes, donde la práctica de autoadministración de una droga se convierte en la máxima prioridad y abandono de otros aspectos, lo cual repercute directamente en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) presentando problemas como: ingestión compulsiva de la sustancia, tolerancia y síntomas de abstinencia, los cuales elevan la posibilidad de no abandonar el consumo de la sustancia como de producirse la recaída en el consumo una vez se haya iniciado el proceso de desintoxicación.

⇒ En el paciente se crea una dependencia física y psicológica que van sucediendo conjuntamente, dichos procesos son de interés en el ámbito clínico para tratar al paciente, enfermería debe entender los dos fenómenos con la finalidad de que el proceso de desintoxicación y rehabilitación sea lo menos traumático, y por tanto, más eficiente para el usuario, repercutiendo en la calidad de vida en “adictos a sustancias psicoactivas”. Por una parte la dependencia física o fisiológica va relacionada con el síndrome de abstinencia definido como: “conjunto de síntomas provocados en el organismo dependiente física y mentalmente a una sustancia ante la retirada brusca de ésta.” ⁽⁴⁾ En un lenguaje coloquial es lo que comúnmente escuchamos decir: “estar con el mono”, a personas drogodependientes en su fase aguda al manifestar síntomas como nerviosismo, irritación, temblores, cambios de humor en el momento donde no dispone de la droga, etc.

⇒ Por otra parte, la dependencia psicológica va relacionada con el fenómeno “*Craving*” que hace referencia a “un deseo extremadamente intenso e irrefrenable de auto-administrarse una sustancia.”⁽⁴⁾ Fenómeno que puede aparecer semanas o meses después de estar en tratamiento para el abandono del consumo de sustancias y una vez superado el síndrome de abstinencia en su fase aguda. En el paciente drogodependiente la evolución de la sintomatología y la intensidad de la abstinencia dependerán de varios factores entre los que están el tipo de droga, la cantidad, y la frecuencia de consumo previos al inicio del tratamiento de desintoxicación y rehabilitación. Los problemas asociados al síndrome de abstinencia se intensificarán si el cese del consumo se produce en un entorno en el que resulte sencillo disponer de la sustancia que está creando la adicción.⁽⁵⁾

El motivo directo que provoca el síndrome de abstinencia es la eliminación o reducción repentina del consumo, debido a que el organismo se ha habituado a la sustancia, generándose una tolerancia y acostumbrando al cuerpo a funcionar con dicha sustancia. Llamamos tolerancia a “la necesidad progresiva de administrar cantidades crecientes de una sustancia para conseguir el efecto deseado.”⁽⁴⁾ Implica pues que la sustancia que en los inicios de su consumo servía como reforzador, con el tiempo pierde parte de esta función y se transforma en algo necesario para evitar el malestar asociado a su falta, lo cual va incrementando tanto la necesidad de consumo como la dosis (cantidad) para alcanzar el mismo efecto que en sus inicios. La tolerancia es un factor de interés, sirve como indicador del estado de dependencia que presenta el paciente.

Para evitar que el síndrome de abstinencia sea devastador es necesario la retirada gradual de la sustancia del organismo, debe hacerse de forma pautada y progresiva, evitando así efectos fisiológicos severos y reduciendo el riesgo de un síndrome de abstinencia peligroso para la vida del paciente. Debemos tener en cuenta que el cuerpo se va a ir acostumbrando a funcionar sin tanta dosis de sustancia hasta llegar a abandonarla por completo. La importancia de un entorno hospitalario o de un centro especializado en desintoxicación con un personal sanitario multidisciplinar donde se haga un tratamiento adecuado con supervisión y se faciliten los medios y herramientas necesarios para cumplimentar un tratamiento clínico por fases serán fundamentales para garantizar con éxito el abandono de la adicción provocado por una sustancia. El

papel de enfermería con una atención integral al paciente será clave para que los efectos del síndrome sean paleados y controlados, además de la ayuda en el cumplimiento de un régimen clínico para la desintoxicación de una “droga”. Tanto en el entorno hospitalario como en los centros especializados se dispensan fármacos y sustancias para hacer que el síndrome de abstinencia sea “mas llevadero” y menos nocivo para el usuario, entre las sustancias más empleadas como sustitutivas se encuentra la metadona, con tal de que no se produzca el consumo de la “droga” pero se eviten a su vez síntomas peligrosos. Varios estudios muestran el uso de metadona tiene éxito en relación a la elevada capacidad de retención en tratamiento, la disminución del consumo de drogas, de las prácticas de riesgo en su uso y en la mejora de la calidad de vida del adicto. Dosis de metadona por encima de 80 mg/día y una amplia oferta asistencial con apoyos psicosociales se relacionan con mayor retención y disminución del uso de drogas. Concluyendo con que el uso de fármacos como la metadona es óptimo para tratar al paciente drogodependiente tanto reduciendo daños asociados al consumo de drogas como, a menudo, constituyendo una auténtica estrategia terapéutica para la reinserción social y la abstinencia. ⁽⁷⁾

Con un plan de desintoxicación adecuado ligado a un tratamiento de continuidad farmacológico basado en sustancias sustitutivas a la creadora de la adicción (deshabitación), una intervención de personal sanitario multidisciplinar entre los que se encuentren médicos, enfermeros, especialistas psiquiatras y psicólogos para la asistencia bajo un régimen de desintoxicación adecuado al paciente que tenga en cuenta todas las esferas de las cuales se compone: fisiológicas, psicológicas y emocionales. En nuestra labor de enfermería entendemos que todas las esferas que componen al paciente son importantes a tratar, no solamente el ámbito clínico o farmacológico, en especial, tratándose del paciente drogodependiente cuando esta en una situación hostil como lo es el tratamiento rehabilitador, con alto riesgo de sufrir síndrome de abstinencia y todo lo que este conlleva, es propenso a sufrir ansiedad, depresión y temor. Abordar las inquietudes del paciente, sus preocupaciones e intereses además de aportar una intervención lejos de prejuicios y estigmas. “En población drogodependiente es necesario que tanto en las investigaciones como en la asistencia clínica se consideren la satisfacción y las necesidades auto-percibidas en varias áreas de la vida.” ⁽⁸⁾

5. MARCO TEÓRICO

Paciente drogodependiente → hablamos de:

- Calidad de vida
- Estigmatización del paciente
- Adherencia al tratamiento (régimen terapéutico)
- Centros especializados

a. Calidad de vida:

Tener una única definición de calidad de vida (CV) sería inviable debido al amplio significado del término, las varias interpretaciones personales y culturales que pueda tener, y en las que pueda diferir, el ámbito social y económico y hasta la propia percepción individual. Lo que está claro es que hace referencia a aspectos complejos de la vida lo cual requiere evaluaciones no meramente objetivables, sino también subjetivas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida de una persona como: “a percepción individual de la posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en donde viven y en relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.”⁽⁹⁾ Otras de las definiciones más amplias es la postulada por Ware que incluye: “satisfacción con la vida, plenitud en los papeles sociales y de trabajo, sensación de ser productivo, útil o influyente, sensación de control sobre su entorno y destino (autoeficacia), autoestima, plenitud espiritual, sentido de integración social en la comunidad, sentimiento de seguridad en el presente y en el futuro y sentido de la diversión y del placer.”⁽¹⁰⁾

Es entonces que el concepto de calidad de vida está directamente relacionado con la salud y que por tanto puede afectar a las medidas terapéuticas, autores como Croog y Levine incluyen en su concepto: “realización de roles sociales, estado fisiológico (funcionamiento físico y síntomas), estado emocional, función cognitiva, sensación de bienestar y evaluación global de la persona de su propia salud.”⁽¹¹⁾ En lo que al paciente drogodependiente respecta el concepto de calidad de vida es relevante como parte del funcionamiento de un plan terapéutico efectivo, el bienestar y la satisfacción con su percepción de lo que sería “la calidad de vida”. El fin de la evaluación de calidad de vida

en adictos a sustancias psicoactivas es ir mas allá de palear una sintomatología fisiológica, es examinar cómo el paciente drogodependiente percibe y experimenta sus efectos en la vida diaria para aportar unos cuidados de enfermería integrales que eviten una retirada del tratamiento. Varios estudios demuestran que la atención a las necesidades auto-percibidas por los pacientes incrementa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) donde si no se tienen en cuenta las percepciones individuales del usuario la calidad de vida relacionada con la salud es menor, repercutiendo negativamente en el buen desarrollo de enfermería, la ansiedad y depresión en el paciente, y el abandono del tratamiento.

b. Adherencia al tratamiento

Para una buena intervención integral de enfermería la importancia de un tratamiento farmacológico supervisado y adaptados a las necesidades del paciente, debido a que el proceso de desintoxicación causa varios efectos negativos a nivel fisiológico, como los ya explicados, síndrome de abstinencia e incluso el fenómeno “*Craving*”, será beneficioso contemplar las medidas llevadas a cabo para una buena adherencia al tratamiento. Basado en la aportación de medicación sustitutiva a la sustancia o droga que ha creado la adicción, además de medicación complementaria para tratar la sintomatología del propio síndrome de abstinencia (dolor, temblores, fiebre, sudoración, hipotensión) y medidas individualizadas y concretas que garantizaran el éxito a la adherencia del tratamiento. En la intervención integral de enfermería se deberán tener en cuenta los factores que influyen en el abandono del tratamiento (Figura 1) por parte del paciente, abandono que va ligado a la recaída en el consumo de la “droga”.

Figura 1. Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica

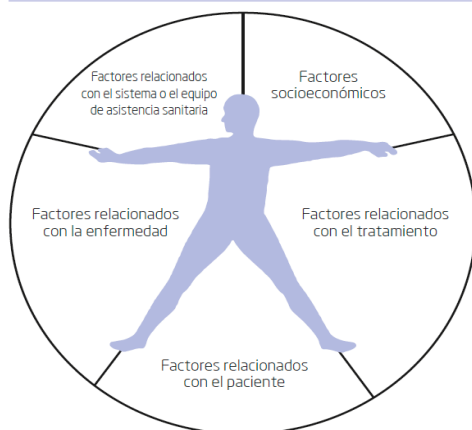


Figura a partir de Sabaté, 2004 (9)

Influirán de manera directa al modo de atención: la dependencia de la sustancia, el grado, las características personales, los niveles de deterioro personal y el entorno social ⁽¹⁰⁾ siendo este particular en cada usuario. Estudios refieren como base de una buena adherencia al tratamiento:

- Paciente que finaliza el proceso de desintoxicación bajo un alta médica validada (requisito indispensable)
- Paciente que acude de forma regular a las sesiones programadas (psicoeducativas, de relajación y ocio)
- Paciente que finalizó el tratamiento con éxito según los siguientes indicadores: “capaz de reconocer las consecuencias personales relacionadas con el abuso de drogas; desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas; utiliza los sistemas de reconocimiento personales para controlar el abuso de drogas; reconoce cambios en el estado de salud; controla la ingesta de drogas; evita conductas que potencien el consumo y existe un equilibrio entre el tratamiento, ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.” ⁽²⁰⁾

Los resultados de trabajos previos (Tabla 1) que se pueden tener como referencia a la hora de emprender este proyecto, nos relatan que⁽²⁰⁾ :

- Existe un predominio del paciente varón de edad inferior a los 20 años en los cuales se observa una mayor frecuencia de abandono del tratamiento.
- La situación familiar resulta ser un dato potencialmente predictor a la adherencia terapéutica, donde se observa una mayor efectividad al tratamiento en pacientes que vivían con parejas o hijos. Relacionando este hecho con las conclusiones de algunos autores que sostienen que “la presión familiar constituye una motivación externa que evoluciona a lo largo del tratamiento hacia una motivación interna ya que se precisa de un cierto grado de apoyo para una mejor retención y cumplimiento terapéutico.”
- En cuanto a la sustancia de consumo se refiere, estudios muestran variación en pacientes consumidores de heroína y cannabis, estos mostraron diferencias significativas entre los grupos. Muestran también que pacientes en los que existe dependencia a más de una sustancia tienen una tendencia a una menor adherencia terapéutica.

Tabla 1. Comparación variables independientes los grupos de adherencia y no adherencia

Adherencia	Sí	No	p *	Adherencia	Sí	No	p *
Sit. familiar/convivencia			0,004	Cannabis			0,022
Solo	41 (64,1%)	23 (35,9%)		No	123 (73,2%)	45 (26,8%)	
Pareja/hijos	57 (83,8%)	11 (16,2%)		Sust. principal	15 (48,4%)	16 (51,6%)	
Padres/hermanos	45 (59,2%)	31 (40,8%)		Sust. secundaria	12 (70,6%)	5 (29,4%)	
Soporte familiar/social			0,045	Dependencia a varias sustancias			0,036
No soporte	12 (60,0%)	8 (40,0%)		No	69 (77,5%)	20 (22,5%)	
Sop. sin grupos	86 (65,2%)	46 (34,8%)		Sí	81 (63,8%)	46 (36,2%)	
Sop. con grupos	52 (81,3%)	12 (18,8%)		Disulfiram			0,048
Tr. de inicio en infancia, niñez, adolescencia			0,017	No	33 (58,9%)	23 (41,1%)	
No	144 (71,6%)	57 (28,4%)		Sí	77 (74,8%)	26 (25,2%)	
Sí	6 (40,0%)	9 (60,0%)		Metadona			0,035
Heroína			0,040	No	15 (65,2%)	8 (34,8%)	
No	132 (72,9%)	49 (27,1%)		Sí	3 (25,0%)	9 (75,0%)	
S. principal	12 (50,0%)	12 (50,0%)		Autoestima			0,036
S. secundaria	6 (54,5%)	5 (45,5%)		Alta	7 (58,3%)	5 (41,7%)	
Edad media	45,1 (DE:9,62)	41,2 (DE:11,70)	0,017	Media	103 (85,1%)	18 (14,9%)	
				Baja	4 (57,1%)	3 (42,9%)	

*diferencias significativas $p < 0,05$

Otros estudios sobre la adherencia terapéutica y la recaída tras un ingreso hospitalario de desintoxicación concluye que el 70% de los pacientes a los 6 meses de seguimiento ambulatorio abandonaban la continuidad del tratamiento rehabilitador. Aportando datos del perfil de pacientes que con mayor frecuencia recaen ⁽¹⁹⁾ :

- pacientes que ingresaban para desintoxicación de heroína
- paciente que acude para la desintoxicación de opiáceos
- poli-consumidores
- pacientes que consumían en las horas previas al ingreso
- pacientes con comorbilidad médica (trastornos mentales adicionales/ patología Dual) y con trastornos afectivos.

Es importante además tener en cuenta los niveles de satisfacción y auto-percepción del paciente, hay evidencias en las que se muestra que no sólo los profesionales evalúan, paralelamente el paciente lo está haciendo también, cuestionando si su problema ha sido bien comprendido, si los profesionales son capaces de captar su información de forma adecuada, si el procedimiento seguido por los profesionales le resulta aceptable,

si las propuestas de acción que va recibiendo le parecen razonables. “En muchas ocasiones los profesionales tienden a proteger a limitar sus responsabilidades argumentando que «el paciente está poco motivado», cuando lo que puede estar sucediendo es que la respuesta asistencial no ha conseguido suscitar la confianza del paciente para poder resolver sus problemas”.⁽¹²⁾

Sin duda existen muchos otros motivos por los cuales el paciente abandona el tratamiento, pero es la cuestión psicológica y emocional la que nos compete en este caso, siendo las predictoras de: una mala atención integral, desmotivación en el paciente y causante de problemas asociados como la ansiedad y depresión durante el tratamiento, aspectos que queremos modificar mediante la intervención para lograr así una mejor adherencia y cumplimiento del tratamiento de desintoxicación.

c. **Estigmatización del paciente drogodependiente**

Existen una serie de estigmas asociados al paciente drogodependiente que lo califican negativamente repercutiendo en varias esferas de su vida y entorno social, hasta llegar a ser menospreciados e incluso marginados, por lo que son los estigmas un atributo profundamente desacreditador. La sociedad tiende a clasificar y definir a ciertos individuos que simultáneamente los medios de comunicación facilitan estas representaciones dando lugar a que se cree una tendencia por parte de la población y del propio sector sanitario a etiquetar de una forma negativa a quien padece un trastorno adictivo, resaltando únicamente la parte negativa de su condición y haciéndola parte inseparable del paciente. Según el sociólogo Javier Rubio, el proceso de la construcción de un estigma “es siempre arbitrario, cultural y surge de la necesidad de censurar a aquellas personas que se desvían de lo que es o no asumido como aceptable desde el punto de vista social y cultural.”⁽¹³⁾

Si bien es cierto que el consumo de sustancias como drogas y alcohol provocan en el individuo unas conductas que difieren de lo que la sociedad entiende por “normalidad” además de en ocasiones empeorar este comportamiento por el padecimiento de una enfermedad psiquiátrica, se les relaciona con accidentabilidad, malos tratos o delincuencia. Calificando al paciente drogodependiente de “viciosos, pasotas o delincuentes, sin tener en cuenta su condición de persona que ha perdido el control

sobre sus actos o la necesidad imperiosa de consumo por la propia adicción a la sustancia”.⁽¹³⁾

Tanto los pacientes con enfermedad mental/psiquiátrica como el paciente drogodependiente son víctimas además el auto-estigma causado por el estigma social externo que sufren, produciendo en el paciente una interiorización de los prejuicios que generaran en el una auto-discriminación y disminución de la autoestima, provocando o acentuando aún más el aislamiento social. En la intervención integral de enfermería se pretende erradicar con esta estigmatización y concepto negativo, incluso delictivo del paciente drogodependiente, ya que influyen negativamente en los objetivos a alcanzar. Es necesario que se rompan las barreras estigmatizadoras al paciente drogodependiente como primer paso para prestar una atención de calidad y eficaz.

d. **Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD)**

Las UAD hacen referencia a los centros ambulatorios, de carácter extra-hospitalario encargados de atender al usuario drogodependiente. Son el recurso básico de la Red de Atención a las Drogodependencias de Canarias, en la Isla de Tenerife se registran la existencia de 8 centros, repartidos entre zona sur y zona norte⁽¹⁴⁾. Estos centros están formados por un equipo multidisciplinar donde encontramos: un médico, un psicólogo y un trabajador social, que atienden de manera coordinada y en las diferentes esferas (psíquica, fisiológica, emocionales) a cada paciente, y en general a cualquier persona que acuda solicitando información o asesoramiento en materia de drogas. Se consideran el primer escalón de asesoramiento e intervención del paciente drogodependiente en fase de desintoxicación, ayudándolo en las competencias de carácter bio-psico-social. Atiene además una segunda fase de deshabituación, donde se interviene para lograr el mantenimiento de la abstinencia prolongada en el tiempo, así como la normalización de las distintas áreas de la vida del paciente que se encontraban afectadas, como son el área social, laboral y familiar.

En las Unidades se trabaja en base a la consecución de procesos terapéuticos: Acogida, Evaluación e Intervención, donde se pretende crear unas pautas terapéuticas adecuadas a cada paciente y de forma individualizada, teniendo en cuenta las características y necesidades específicas de cada uno de ellos. De estas características y necesidades personales dependerá el tipo de programa

utilizado, pudiendo estar incluido dentro de los programas que se llevan a cabo en las UAD ⁽¹⁵⁾:

- Programa Sustitutivo a Opiáceos (PSO)
- Programa Libre de Drogas
- Programa de Sanciones Administrativas (PSA)

No solo se pretende hacer una intervención con el paciente, las actuaciones están dirigidas a la familia y al ámbito comunitario en general, afirmando que es fundamental la intervención en todos los ámbitos que engloban al individuo para lograr la plena recuperación de la persona afectada. Las UAD desarrollan programas de carácter ambulatorio y son los recursos que se encargan de evaluar y derivar a aquellos pacientes que no logran alcanzar la desintoxicación y/o deshabituación en su entorno, a las Unidades de Atención Hospitalaria (UDH) y/o Comunidades Terapéuticas.

e. **Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)**

La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Universitario de Canarias (HUC) en Tenerife hace referencia al primer centro de desintoxicación activo en las islas, funcionando desde el 17 de Agosto de 1987 ⁽²⁾. Posteriormente se abrieron Unidades de Desintoxicación, en la isla de Lanzarote en el Hospital Universitario Doctor José Molina de Orosa y en los Hospitales Universitarios Insular y Dr. Negrín en Gran Canaria. En la actualidad las únicas que permanecen funcionando son las unidades del Hospital Universitario de Canarias en Tenerife y la del Hospital Universitario Dr. Negrín en Gran Canaria, que forman parte junto con Unidades de Atención al Drogodependiente, Centros de Día y las Comunidades Terapéuticas de la Red Asistencial de Atención a las Drogodependencias en Canarias.

La Unidad de Desintoxicación del Hospital Universitario de Canarias, está localizada en la primera planta del edificio de hospitalización, dentro de la Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría, separadas entre si por una puerta que se abre exclusivamente con llave y bajo supervisión. Está formada por 4 habitaciones, debido a su espacio físico atiende a 8 pacientes que ingresan en periodos de una semana. Allí los profesionales se encargan del tratamiento de desintoxicación controlando este proceso y paleando sus síntomas, como ocurre en el caso de la abstinencia física del paciente ⁽¹⁶⁾. Se atiende

también la parte psíquica y emocional tomando “conciencia de la enfermedad”, control de impulsos y adherencia al tratamiento entre otros. En su programa se incluyen unas primeras directrices para empezar con la deshabituación, lo que son las UAD (Unidades de Atención al Drogodependiente), las Comunidades Terapéuticas y otra serie de recursos serán los encargados de esta fase del proceso debido a la cantidad de tiempo que se precisa, y contando con el factor “cronicidad” y la posibilidad de recaída del paciente.

El personal del que dispone esta unidad está formado por 8 enfermeros y otro adicional que se une al equipo durante las vacaciones para ir cubriendo las mismas. Carece de personal Auxiliar de Enfermería en exclusividad, las tareas que competen a este sector de profesionales se realizan por el equipo de auxiliares de la primera planta de psiquiatría, también se comparten a la supervisora de enfermería, siendo una única supervisora tanto para la Unidad de Desintoxicación como para la Unidad de internamiento Breve de Psiquiatría. Dentro del personal médico hay un psiquiatra adjunto encargado de controlar el proceso de desintoxicación, ocasionalmente acompañado por el psiquiatra que esté realizando la Residencia de Salud Mental y tenga destinado rotar por este servicio. La parte orgánica es controlada por el servicio de Infecciones, donde hay también un médico adjunto encargado de la valoración somática, analíticas, radiografías y resto de pruebas que se soliciten.

Dentro del servicio ingresarán usuarios con adicciones a sustancias como alcohol, cocaína, heroína (independientemente de su forma/vía de administración), psicofármacos, metadona u cualquier otra sustancia “adictiva”, no se recibirán pacientes que precisen corregir actividades como la ludopatía, sexo, etc. Serán personas de toda clase social, cultural y económica, habitualmente mayores de edad, aunque puntualmente se ha ingresado menores de edad. El ingreso debe ser siempre de forma voluntaria con previa aceptación del contrato terapéutico que explica los objetivos y normas que se deberán cumplir ⁽¹⁶⁾.

6. METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio:** Longitudinal-vertical
- **Naturaleza de los datos:** Cuantitativos
- **Muestra (población):** Pacientes que ingresan a lo largo de 6 meses en una UDH
- **Tiempo:** 24 semanas
- **Material:** Cuestionarios validados y se añadirá una encuesta dicotómica de creación propia
- **Espacio físico:** Hospital Universitario de Canarias

a. Diseño del estudio

Al tratarse de un proyecto de investigación, el cual es un planteamiento o hipótesis, se describen las características que tendrá el diseño como un estudio cuantitativo, longitudinal, observacional y descriptivo-vertical.

b. Sujetos del estudio

Los sujetos principales del estudio serán pacientes que ingresan en el transcurso de 6 meses en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) del Hospital Universitario de Canarias, se iniciará el estudio en el mes de Mayo, incluyéndose dicho mes y contando 24 semanas en adelante. En la UDH se admite 8 pacientes con un período de tiempo de ingreso de 1 semana, tiempo establecido para completar la terapia de desintoxicación. Se ha considerado que en un tiempo estimado de 6 meses conseguiremos una muestra representativa y por tanto apta para desarrollar este proyecto. Obteniendo un número de pacientes que valoramos como significativo para la resolución de los cuestionarios y la aportación de unos resultados fiables.

Se espera obtener un total de aproximadamente 192 participantes.

c. **Criterios**

• **Criterios de inclusión**

- Padecer trastornos de adicción causados por sustancias como alcohol, fármacos o drogas (cocaína, heroína)
- Ser paciente de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Universitario de Canarias
- Paciente que cumpla la semana de estancia en la unidad, es decir, que finalice el régimen terapéutico en su totalidad y concluya el proceso de desintoxicación bajo alta médica autorizada.

• **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no estén en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Universitario de Canarias
- Paciente que padezca otro tipo de adicciones o trastornos en el comportamiento como son: ludópatas, trastornos en el comportamiento sexual, etc
- Paciente que no complete el proceso terapéutico marcado por la unidad (paciente que no alcanza el alta médica o abandone el régimen terapéutico antes del tiempo establecido)
- Rechazar participar en el estudio

Los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y en ningún caso los de exclusión serán a los que se les propondrá participar activamente en el estudio, aportando los datos que necesitamos para realizar la resolución de las encuestas planteadas en este proyecto.

d. **Variables del estudio**

- **Independientes:** género (sexo) y edad.
- **Dependientes:** tipo de droga, frecuencia del consumo, poli-consumidor (adicción a más de una droga), grado de satisfacción con respecto a enfermería durante el proceso de desintoxicación, estado anímico, nivel de ansiedad, etc.

e. Recogida de datos

Los datos del estudio se obtendrán a partir de dos cuestionarios ya validados, uno para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP) y otro para medir la ansiedad y depresión: Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D). Además se añadirá un tercer cuestionario de creación propia (Anexo V) definido como una encuesta dicotómica (Sí/No) formada por 10 ítems con la que mediremos la satisfacción percibida por parte del paciente con respecto a la labor desempeñada por enfermería.

⇒ El **cuestionario TECVASP- (Anexo III)** se basa en medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del paciente drogodependiente, los estudios acerca de la auto-percepción y la calidad de vida en el paciente drogodependiente son escasos, es reciente el interés por la valoración de las áreas psíquicas y emocionales, centrándonos principalmente en los aspectos físicos y fisiológicos.

Sin embargo trabajos como los pioneros Reno y Aiken demuestran que la medición de los aspectos de la vida diaria “son unos indicadores útiles para evaluar el cambio producido por los tratamientos en los programas de reducción del daño.”⁽¹⁷⁾ Posteriormente en los estudios se comienza a tener en cuenta la CVRS en el paciente drogodependiente, adjudicándole a este concepto un marcador importante de evaluación de la percepción de los pacientes sobre cómo el consumo de drogas y su tratamiento está influyendo sobre sus vidas diarias. Matiz que hace que sea un adecuado complemento a otro tipo de indicadores clásicos como el estado de salud física y psicológica, la criminalidad o el consumo de sustancias.⁽¹⁷⁾

Es el cuestionario TECVASP según el coeficiente alfa de Cronbach, donde obtuvo un valor de 0,861, muestra ser fiable con evidencias a su favor para su empleo en la medición de la CVRS en el paciente drogodependiente. Se comprobó en pacientes: incluidos en programa de desintoxicación con la de otros que están en deshabituación, consumidores que están en programa de tratamiento con metadona con la de otros que no están en tratamiento con metadona, y al ingreso en comunidad terapéutica y al finalizar el tratamiento. Llegando a la conclusión que las propiedades métricas obtenidas señalan “la pertinencia del TECVASP para medir la CVRS de personas

drogodependientes, recomendando su uso cuando se quiera estimar la CVRS de pacientes que se encuentran en distintas fases del tratamiento de la dependencia.”⁽¹⁷⁾

- Lectura de resultados:

El cuestionario está formado por 22 ítems, 18 positivos y 4 negativos (ítems 15, 19, 20 y 21) con un formato de respuesta en el que se elige entre cinco alternativas.

Las alternativas se analizan con las siguientes puntuaciones:

- **Ítems positivos:** nada (5 puntos), poco (4 puntos), a veces (3 puntos), bastante (2 puntos) y mucho (1 punto)
- **Ítems negativos:** nada (1 punto), poco (2 puntos), a veces (3 puntos), bastante (4 puntos) y mucho (5 puntos).

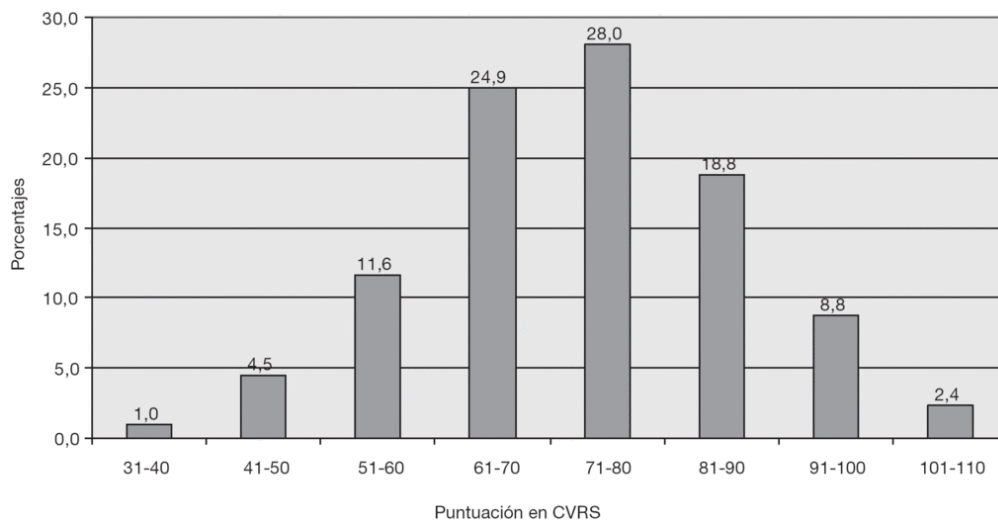
De esta forma, en cada ítem una mayor puntuación representa una valoración más positiva del contenido, si se obtiene una mayor puntuación en el cuestionario significa una mejor CVRS.

El rango de puntuación del test TECVASP oscila entre los 22 a 110 puntos. En el estudio realizado tanto como para la validación de dicho cuestionario como para evidenciar su efectividad se han determinado los siguientes valores a partir de los resultados obtenidos:

- Mayor porcentaje de puntuaciones se observa en el rango comprendido entre los 71 y 80 puntos (28%) = buena CVRS
- Valores entre 61 y 70 puntos (24,9%) = media de CVRS
- Menos de 61 puntos = no evaluado con programas en los que se miden CV/ CVRS

La media de los resultados hace referencia al valor de: 73,4 puntos (DT = 13,7) que refleja una buena CVRS.

En la siguiente gráfica (**Gráfica 1**) se observa la Distribución de puntuaciones del Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)



⇒ La **Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D)- (Anexo IV)** está diseñada para medir el estado depresivo del paciente, es decir la intensidad/gravedad de la depresión, orientada al uso en pacientes psiquiátricos es una de las escalas más empleadas para medir la evolución de los síntomas a nivel de la práctica clínica (tratamiento) y en la investigación. ⁽¹⁸⁾

Dentro de los aspectos que evalúa se encuentran: “ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento.” ⁽¹⁸⁾ En su versión original la escala esta constituida por 21 ítems, en este estudio emplearemos una “versión reducida” formada por 17 ítems/apartados, a partir de los cuales extraeremos la información necesaria en las distintas áreas del paciente. En la escala obtendremos una puntuación global del estado depresivo del paciente y una puntuación además de tres factores: ansiedad, melancolía y sueño.

- Lectura de resultados:

Las puntuaciones en cada uno de los apartados se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen:

- Melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13)
- Ansiedad (ítems 9-11)
- Sueño (ítems 4-6).

No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son ⁽¹⁸⁾:

	No depresión	Ligera/menor	Moderada	Grave	Muy grave
APA, 2000	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

Para la evaluación de respuesta a un tratamiento, la lectura sería:

- Una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala= una respuesta parcial
- Una puntuación/resultado entre el 25% y 49% = disminución en la respuesta
- Un resultado de menos del 25%= no respuesta.

“En los ensayos clínicos, el criterio de inclusión más utilizado fue una puntuación ≥ 18 y considerando remisión, una puntuación ≤ 7 ”. ⁽¹⁸⁾

⇒ **Encuesta de creación propia- (Anexo V):** se trata de una encuesta dicotómica (Sí/No) formada por 10 ítems que tiene como función evaluar la satisfacción percibida por el paciente una vez haya finalizado el régimen terapéutico de desintoxicación a nivel hospitalario.

Para la lectura de los resultados se han planteado las siguientes directrices:

- Contestar marcando exclusivamente Sí/No. No serán válidas las respuestas desarrolladas o justificadas

- Se considerará un resultado óptimo (buena satisfacción): 6 ítems marcados con respuesta Sí
- Se considerará una satisfacción desfavorable con respecto a la labor de enfermería, es decir un resultado negativo: menos de 6 ítems con respuesta Sí, o lo que se expresaría igual más de 6 ítems con respuestas No.

f. Manejo de los cuestionarios

Los cuestionarios serán manejados por el investigador que deberá hacerse cargo de repartir dichos cuestionarios conjuntamente al consentimiento informado a los pacientes que decidan aceptar la participación en el estudio. Previamente se explicará a los usuarios afines a participar el objetivo y la finalidad del proyecto, antes de comenzar a repartir ningún cuestionario se atenderán y solventarán cualquier tipo de dudas que tenga el participante. Posteriormente se les entregará el consentimiento informado (Anexo II), haciendo énfasis en que se haya entendido el concepto del estudio (no existan dudas) y en la privacidad del usuario. Una vez aclarado estos puntos se procederá a la entrega del cuestionario TECVASP, la escala HAM-D y el cuestionario de creación propia (Anexo V) por separado y explicando la utilidad de cada uno de ellos. Se recalcó como punto relevante que todas las encuestas se realizarán de forma anónima contestando exclusivamente como dato informativo el lugar de referencia, en este caso, el Hospital Universitario de Canarias debido a que el proyecto esta dirigido a dicho centro, el género y la edad, en caso de que aparecieran por cuestiones de análisis de datos. Es importante que los pacientes sientan privacidad y autonomía a la hora de responder los respectivos cuestionarios, esto nos dará unos datos mas fiables del estudio, se evitará que el paciente se sienta influenciado por cualquier persona externa, no se desea que el participante conteste inclinándose por lo que serían “las respuestas buenas” o que favorezcan al personal de enfermería, sino con la mayor objetividad posible. La confidencialidad deberá ser respetada, ofreciéndose como recomendación que cada paciente conteste las encuestas individualmente y en una habitación o cubículo destinado a ello, el paciente responderá sin ningún personal de la unidad alrededor, ya que podría ser también una manera de cohibir e influir en sus respuestas.

El investigador si estará presente ya que supervisará la entrega de cada cuestionario por separado, destinándose un sobre o enfundado para cada uno de ellos, donde el paciente de su propia mano entregará cada encuesta por separado al investigador, el cual clasificará y ordenará cada cuestionario en el sobre identificado con el respectivo nombre del cuestionario.

Los resultados obtenidos serán utilizados únicamente con el fin de servir al estudio, su objetivo es meramente científico y como parte de una investigación orientada a mejorar. Exclusivamente se aportarán datos a la hora de realizar un análisis del estudio y se concluya con el reflejo de los resultados estadísticos.

g. Análisis de los datos

En el momento de analizar los datos, se tendrán que tener en cuenta una serie de factores que influyen a la hora de evaluar los resultados. La intervención de enfermería en el proceso de desintoxicación y la adherencia terapéutica variará en función a un conjunto de características internas y extra-personales del individuo: factores económicos, sociales, emocionales y familiares. Entre los factores mas estudiados aparecen: tipo de intervención, sustancia principal de consumo (alcohol, cocaína, heroína, etc), dependencia a más de una sustancia, tiempo previo de consumo y tratamientos previos efectuados (proceso de desintoxicación realizado en mas de una ocasión). Otras variables que pueden influir a la hora de establecer un estudio de los datos y que son considerados factores que difieren en una buena adherencia terapéutica, el concepto de CV y la satisfacción con el trabajo desempeñado por enfermería son: el género (sexo), la edad, el estado civil, la situación laboral o el nivel de escolaridad. ⁽¹⁹⁾

En el presente proyecto se propone el análisis de los resultados clasificando los pacientes en diferentes grupos según:

- Características psicosociales
- Género (sexo)
- Edad
- Relacionadas con el consumo (tipo de droga/ adicción a mas de una droga)
- El nivel de depresión y ansiedad: Escala HAM-D.

Con el objetivo final de obtener unos resultados capaces de identificar que sector de pacientes es mas o menos vulnerable a sufrir depresión y ansiedad durante el proceso de desintoxicación, cual ha mostrado mayor grado de satisfacción con la labor de enfermería y cual ha aportado datos que refieran una buena calidad de vida (CV).

⇒ El programa informático que se empleará para realizar el análisis de los datos y las variables elegidas será el “*IBM SPSS*”. Se decide optar por este software debido a los numerosos beneficios que podremos obtener, entre sus ofertas aparecen “un análisis estadístico avanzado, una amplia biblioteca de algoritmos de machine learning, análisis de texto, extensibilidad de código abierto, integración con big data y un despliegue fácil en las aplicaciones.”⁽²¹⁾

Destaca por ser un programa fácil de usar y accesible para todo tipo de usuarios, independientemente del nivel informático que tengan, lo cual es una ventaja a la hora de realizar la complejidad que conllevan los estudios estadísticos por su rigurosidad, además de adaptarse a una amplia gama de proyectos de todos los tamaños y complejidad, nos interesa a nivel clínico por la fiabilidad que aportará a los resultados.

Todos estos aspectos serán de relevancia cuando se decida analizar los resultados del presente estudio planteado, ya que nos servirán como datos orientativos a en el momento de emprender un desarrollo más profundo y amplio del proyecto que se esta planteando en este trabajo.

7. OBJETIVOS Y FINALIDAD DEL ESTUDIO

El objetivo principal de este proyecto es la mejora de la calidad de vida en adictos y por tanto una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), así como una mayor adherencia al tratamiento teniendo en cuenta los aspectos psíquicos/emocionales y la intervención de enfermería aportada al paciente drogodependiente durante el proceso de desintoxicación.

El proyecto pretende ser un trabajo que sirva de referencia y a partir del cual se puedan desarrollar futuras investigaciones dirigidas a una mejora de la calidad de vida del paciente drogodependiente e influir positivamente en el camino de desintoxicación evitando su abandono o recaída. Su fin será como un apoyo positivo tanto a la comunidad enfermera como sanitaria y en condiciones de lograr una mejoría en las perspectivas del tratamiento clínico del paciente, en ningún caso desacreditar o menospreciar la labor impartida por enfermería y mucho menos juzgar la percepción/opinión del paciente.

a. Objetivo principal

- Beneficios de una intervención integral de enfermería al paciente drogodependiente durante el proceso de desintoxicación teniendo en cuenta su grado de satisfacción y los aspectos psíquicos/emocionales aportando una mejoría en su calidad de vida.

b. Objetivos secundarios

- Mejora en la adherencia y cumplimiento del tratamiento
- Evitar la retirada psicológica/emocional del paciente en el proceso de desintoxicación
- Mejorar la asistencia y calidad de cuidados aportados por parte del personal de enfermería a este “tipo de pacientes”
- Beneficios en la gestión de los recursos sanitarios, así como un control y prevención de las complicaciones asociadas al paciente drogodependiente, en las que entran patologías crónicas y el contagio de enfermedades por transmisión en el acto del consumo.

8. PLAN DE TRABAJO

1. El primer paso para comenzar a llevar a cabo un estudio de investigación clínico a nivel hospitalario en el que participarán los pacientes es pedir el consentimiento al Comité Ético del Hospital Universitario de Canarias (Anexo I), ya que sin su aprobación ningún planteamiento del proyecto será posible. Una vez adquiridos los permisos pertinentes y la aceptación del comité ético hospitalario se podrá empezar con el desarrollo del proyecto.
2. Introducción del proyecto en la UDH, para ello nos tendremos que reunir tanto con el supervisor/a como con el jefe médico de la unidad, siendo parte de un protocolo donde les expondremos el proyecto y pediremos su visto bueno para después dirigirnos al resto del personal de enfermería que conforma el servicio y como último paso entrar en contacto directo con los pacientes.
3. La organización del trabajo se distribuirá de tal manera que el investigador deberá acudir diariamente a la UDH durante 24 semanas. Se reunirá con los enfermeros que estén disponibles en el servicio para exponerles el proyecto y presentarse en la unidad, se aprovechará el cambio de turno de la mañana, donde deberá ponerse a la orden del día con los pacientes que acaban de ingresar y los que se van de alta, tendrá que ser una actualización diaria en la que se agruparán por un lado los pacientes que ingresan en el día y por otro los que finalizan la terapia de desintoxicación.
4. Reunión directa con los pacientes:

La unidad alberga a la semana un total de 8 pacientes, se repartirá el tiempo para cada uno de ellos, tanto al ingreso como al alta del mismo paciente.

En el desarrollo práctico se explicarán además los requisitos que deben cumplirse para acceder a la resolución de las encuestas:

- Únicamente contestaran las encuestas los pacientes que tengan criterios de inclusión y en ningún caso de exclusión
- Cada paciente tendrá privacidad y autonomía para responder cada cuestionario
- Para mayor autonomía el paciente responderá en solitario sin ningún miembro del servicio (enfermero, médico, auxiliar) alrededor que pueda coaccionar sus respuestas

- Cada cuestionario se entregará por separado, cada uno en su urna correspondiente identificada con el nombre de la encuesta
- Todos los cuestionarios serán anónimos respetando en todo momento la privacidad del paciente
- El paciente podrá abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee, sin ningún tipo de repercusión.

Debemos obtener el consentimiento informado (Anexo II) de cada paciente, que tendrán que leer y firmar antes de comenzar a tener ninguna intrusión en el estudio ni contestar los cuestionarios, el paciente debe acceder en todo momento a participar en el estudio y como derecho debe estar informado de las bases de dicha investigación. Por consecuente se harán presentes las siguientes cuestiones:

- Aprobación y deseo del paciente en participar en la investigación
- Hablar del proyecto y los cuestionarios en un lenguaje adaptado en el que haya comprensión tanto por parte del receptor como del emisor
- Información al paciente de los objetivos del proyecto y sus apartados, además de cualquier duda planteada en un lenguaje claro y conciso para su total comprensión
- Privacidad y confidencialidad del paciente a través de la inclusión de un consentimiento informado (Anexo II).
- No se iniciará ninguna investigación correspondiente al estudio hasta que se hayan obtenido los consentimientos pertinentes
- Toda información que aporte tanto el investigador como los pacientes quedara registrada.

5. Reparto de los cuestionarios:

Se creará una rutina para el reparto de los cuestionarios que seguirá el mismo patrón durante todo el período en el que transcurra el estudio. Al día se realizarán dos sesiones de trabajo diferentes, una sesión orientada a los pacientes que ingresan y otra dirigida a los pacientes que se van de alta. El procedimiento para repartir los cuestionarios en las diferentes fases a evaluar será el siguiente:

- ⇒ **Sesión 1: pacientes de nuevo ingreso:** se identificarán de manera diaria los pacientes que ingresan, a los cuales se les pasará el cuestionario TECVASP- (Anexo III) para medir la calidad de vida y la Escala de Hamilton para la depresión y ansiedad (HAM-D)- (Anexo IV). Estos cuestionarios se les pasarán a todos los pacientes que acepten contribuir al estudio el día de ingreso, posteriormente a los mismos pacientes que cumplan la semana de tratamiento (dentro de los criterios de inclusión) y se marchen bajo orden médica, el día del alta el investigador tendrá que reunirse nuevamente con ellos y ambos cuestionarios se les volverán a pasar.
- ⇒ **Sesión 2: pacientes de alta:** los pacientes que hayan terminado bajo todos los requisitos el proceso de desintoxicación y por tanto bajo alta médica, el día que finalicen el tratamiento, como ya se explicó en el apartado anterior, el investigador se volverá a reunir con ellos para pasar nuevamente tanto el cuestionario TECVASP como la escala HAM-D, pero además, exclusivamente el día del alta se les realizará una encuesta dicotómica de creación propia (Anexo V) que será con la que mediremos la satisfacción del paciente con respecto a la labor desempeñada por los profesionales de enfermería durante el régimen terapéutico, motivo por el que se pase solamente una vez finalizado el proceso de desintoxicación y no al ingreso.

Debemos matizar que todos los pacientes que no cumplan la semana de tratamiento y abandonen de manera voluntaria quedarán rechazados como muestra del estudio.

El primer día que se acuda a la UDH y por tanto comience el estudio se comenzaran a captar a los pacientes que ingresan ese mismo día, esto se repetirá durante todos los días que se acuda al servicio, forma que tendremos de captar cada día pacientes nuevos que conformen la muestra. Los usuarios que decidan participar procederán a acompañar de manera individual al investigador al espacio físico que se haya destinado para realizar el estudio, cada participante responderá por separado las dos primeras encuestas que se les pasará el día de su ingreso, estas serán el test TECVASP y la escala HAM-D, las entregará al investigador cada una en un sobre identificado con el respectivo nombre de la encuesta que el investigador recolectará una vez concluida la sesión diaria. Tras finalizar el régimen terapéutico y bajo los criterios de inclusión el investigador volverá a reunirse con el paciente el día de su alta para nuevamente

pasarles tanto el test TECVASP como la escala HAM-D, pero además, en esta ocasión se les realizará la encuesta de creación propia (Anexo V), encuesta que también se entregará por separado en su propio sobre identificado. El proceso de entrega y resolución de cuestionarios se lleva a cabo de esta manera con el objetivo de hacer una comparativa de las respuestas previas y posteriores a haber recibido tratamiento, pudiendo evaluar de esta manera si el proceso por el que han pasado ha sido efectivo, habiendo mejoría en los niveles de ansiedad y depresión por lo que el trabajo de enfermería habría contribuido en beneficio tanto de una adecuada adherencia al régimen terapéutico como en la calidad de vida de los pacientes.

6. Lectura de los cuestionarios: al concluir el período de investigación (24 semanas) y por tanto se tengan todas las encuestas, se descargarán y estudiarán/ analizarán los datos para obtener los resultados y conclusión del estudio, procedimiento que forma parte de un desarrollo mas profundo del proyecto. Y que se llevará a cabo tras finalizar los 6 meses de estudio.

- **CRONOGRAMA DE TRABAJO:**

Semanas	1	2	3 (...) 24	25	26
Comité ético. Solicitud de los permisos necesarios para emprender el proyecto	X				
Reunión con supervisor/a y jefe médico de la UDH	X				
Trabajo de campo			X		
Análisis de datos				X	
Publicación de los resultados y conclusiones del estudio					X

9. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se plantea cumpliendo rigurosamente las recomendaciones éticas internacionales para la investigación clínica donde participan humanos (pacientes). Teniendo en cuenta la autorización de un comité ético hospitalario, un consentimiento informado al paciente y un contrato de confidencialidad y privacidad de datos. Se respetarán por tanto en el proyecto los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y cumplirá la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica y la protección de datos de carácter personal: Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley 14/2007 de investigación biomédica.

10. CONCLUSIÓN

Se tiene como objetivo obtener unos resultados favorables en cuanto a la intervención de enfermería desempeñada con los pacientes de la UDH, destacando positivamente al sector enfermero. Demostrando así los beneficios de aportar una intervención integral de enfermería que ayude a proporcionar una buena calidad de vida a los pacientes drogodependientes tanto en el tratamiento agudo de la enfermedad (desintoxicación fisiológica) dentro del ámbito hospitalario como posteriormente a través de los planes de rehabilitación y deshabituación mediante el papel clave de enfermería, creando las bases para una mejora asistencial en todos los procesos por los que pasará el paciente y aportando numerosos beneficios tanto a corto como a largo plazo. Se pretende conseguir que el paciente que ingresa con depresión y ansiedad debidos al consumo de tóxicos y el estado psíquico/ emocional en el que se encuentran inmersos no se acentúen, es decir, no haya empeoramiento de este al ingreso hospitalario, por el contrario que disminuyan a lo largo del proceso terapéutico, esperando con ello que los pacientes que hayan participado en el proyecto tengan un bajo perfil de ansiedad y malestar emocional. Y por consecuente un alto nivel de satisfacción con el trabajo desempeñado por parte del personal de enfermería, poniendo en manifiesto que las intervenciones de enfermería tienen relevancia a nivel clínico y que pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes e influir así de manera indirecta en la efectividad de la adherencia al tratamiento de desintoxicación en todas las fases de su proceso evitando que el paciente tenga recaídas en el consumo de tóxicos y afronte de manera positiva continuar lo que principalmente ha cumplido en su estancia hospitalaria una vez se haya ido de alta.

La investigación es una herramienta de la que disponemos para establecer las bases científicas de las actividades de enfermería, para adquirir una mayor capacidad de reconocimiento y sobre todo para garantizar unas intervenciones adecuadas que proporcionen bienestar a nuestros pacientes y repercuta en la calidad de los profesionales.

11. BIBLIOGRAFÍA

- (1) programa de intervención en unidad de desintoxicación hospitalaria en andalucía. Available at: 1.
http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2016/PROGRAMA_INTERVENCION_UDH_2006.pdf.
- (2) Unidad de Internamiento Breve y Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Servicio Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias. Available at: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/119/102>.
- (3) Medición de la calidad de vida e importancia de la atención a las necesidades autopercibidas en pacientes drogodependientes. Available at: <https://dialnet-unirioja-es.accedys2.bbt.ull.es/servlet/articulo?codigo=2162511>.
- (4) DROGAS: CONCEPTOS GENERALES, EPIDEMIOLOGÍA Y VALORACIÓN DEL CONSUMO
[OBJ:OBJ:OBJ:OBJ]. Available at: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>.
- (5) Glosario de términos de alcohol y drogas. Available at: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
- (6) Drogodependencia como enfermedad. Available at: <http://www.proyectohombremadrid.org/wordpress/drogodependencia-como-enfermedad/>.
- (7) Síndrome de abstinencia a drogas: sus tipos y síntomas. Available at: <https://psicologiymente.com/drogas/sindrome-de-abstinencia>.
- (8) Fernández-Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol. 2005; 180(17): 167-180 Available at: <https://dialnet-unirioja-es.accedys2.bbt.ull.es/servlet/articulo?codigo=1165904>.
- (9) Calidad de vida. Available at: https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida.
- (10) Lozano Rojas. M, Rojas Tejadab. A, Pérez Meléndezc. C, Apraiz Granadosd. B, Sánchez Muñozd. F, Marín Bedoyad. A. Test para la Evaluación de la Calidad de Vida

en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez ;2007. Vol. 9. (Núm. 2.): 73-159.

(11) MORALES-MANRIQUE, CC. CASTELLANO-GÓMEZ, M. VALDERRAMA-ZURIÁN, JC. ALEIXANDRE-BENAVENT, R. Medición de la calidad de vida e importancia de la atención a las necesidades autopercebidas en pacientes drogodependientes. Elsevier- Trastornos Adictivos. 2006 ; Vol. 8. (Núm. 4) 203-293.

(12) DOMÍNGUEZ-MARTÍN, L. MIRANDA-ESTRIBÍ, MD. PEDRERO-PÉREZ, EJ. PÉREZ-LÓPEZ, M. PUERTA-GARCÍA, C. Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. Elsevier- Trastornos Adictivos. 2008 ; Vol. 10. (Núm. 2) 75-140.

(13) Pascual-Mollá, M. Pascual-Pastor, F. El estigma en la persona adicta. Adicciones. 2017; Vol. 29. (Núm. 4) 223-226.

(14) Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD). Available at: <http://antad.es/unidades-de-atencion-a-las-drogodependencias-uad/>.

(15) Asociacion de Integración Calidad de Vida. Available at: <http://www.asociacioncalidaddevida.es/7.html>.

(16) Reyes-Abreu, G. Enfermería, Estereotipos y Estigmatización del Usuario Drogodependiente. Máster universitario ULL-ULPG. 2017.

(17) Lozano-Rojas, M. Rojas-Tejada, A. Pérez-Meléndez, C. Apraiz-Granadosa, B. Sánchez-Muñoz, F. Marín-Bedoya, A. Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. Trastornos Adictivos. 2007; Vol. 16. (Núm. 2.) 73-159.

(18) Instrumentos de evaluación de la depresión; Available at: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf.

(19) Grau-López, L. FACTORES PREDICTORES DE RECAÍDA EN PACIENTES ADICTOS Y LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL INSOMNIO PARA MANTENER LA ABSTINENCIA. Programa de doctorado en psiquiatría y psicología clínica. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, UAB. Barcelona. 2014.

(20) De Andrés-Muñoz, S. Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. Metas Enferm. Servicio de Psiquiatría y Unidad de Conductas Adictivas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). 2017; Vol. 20. (Núm. 2) 18-24.

(21) Software IBM SPSS. Available at: <https://www.ibm.com/es-es/analytics/spss-statistics-software>.

ANEXOS:

ANEXO I

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

(Provincia de S/c de Tenerife)

Edificio de Actividades Ambulatorias, Planta -2

C/Ofra s/n 38320 La Laguna Santa Cruz de Tenerife

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIO POR EL CEIm

Código:

Investigador Principal:

Título:

En este estudio participaran como investigadores colaboradores:

Se adjunta protocolo para su evaluación.

La Laguna, a de de

Fdo:

Investigador Principal

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y COLABORADORES

Dr. D.

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como Investigador Principal en el Estudio titulado:

Código del Promotor:

Que el estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que acepta participar como investigador principal en este estudio.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudios ni en otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité de Ética de la Investigación y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Que respetará las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios.

Que se compromete al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/99 y en el RD 1720/2007 en referencia a los datos a manejar durante del estudio y el Reglamento general europeo de protección de datos 2016/679.

Se cuenta con la colaboración de:.....

En, a de de 20.....

Dr.

Investigador Principal

Dr/Drs:

.....

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio:

Yo,

(nombre y apellidos de paciente ó representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.

He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado del estudio con

(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Accedo a que los médicos del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. ...SI..... NO
(marcar con una X lo que proceda)

Accedo a que los médicos del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información

relevante para mi salud o la de mis familiares ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	Y
APELLIDOS	FECHA	
EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)		

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

ANEXO III

Anexo I

TECVASP

(Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas)

Encuestador: _____ Centro _____ N.º de test _____

A continuación se le va a preguntar sobre su salud **durante el último mes**. Su tarea consistirá en responder a cada una de las preguntas con **total sinceridad**. Para ello, contará con 5 alternativas de respuesta (debiendo señalar solamente una). Éstas expresan el grado con el que ha tenido o sentido los síntomas y situaciones que aparecen en las preguntas. Las respuestas que usted puede dar son las siguientes:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Su tarea consistirá en señalar la opción de respuesta (solamente una) que **mejor** indica el grado en el que ha sentido o ha tenido lo que se describe en cada pregunta **durante el último mes**. Veamos un ejemplo:

Ejemplo 1: Durante el último mes, en qué medida he padecido dolores de cabeza:

NADA **POCO** A VECES BASTANTE MUCHO

Al marcar la respuesta **poco** estoy indicando que durante el último mes he sentido pocos dolores de cabeza. Antes de empezar recuerde que es importante que responda **sinceramente**. Además, teniendo en cuenta el enunciado, trate de elegir adecuadamente la respuesta que **mejor** le representa **durante el último mes**. Es importante que haya entendido correctamente su tarea. Si tiene alguna duda, pregúntela antes de comenzar.

Durante **el último mes**, en qué medida:

1. Has tenido dolor (físico)
2. Has tenido problemas de sueño
3. Has tenido vómitos (ganas de devolver)
4. Te has sentido fatigado (cansado)
5. Has estado ansioso (nervioso)
6. Has estado deprimido (decaído, bajo de moral, has tenido «ganas de abandonar»)
7. Te has sentido agresivo
8. Has tenido problemas para recordar cosas (no te has acordado de nombres, de dónde pones las cosas, etc.)
9. Has tenido alucinaciones
10. Has tenido problemas para concentrarte («estar metido en lo que haces», no despistarte al hacer tareas, etc.)
11. Has tenido problemas para orientarte (no has sabido llegar a casa o a lugares conocidos)
12. Has consumido drogas para estar bien **físicamente**
13. Has consumido drogas para estar bien **psicológicamente** (mentalmente)
14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas (vestirte, asearte, etc.)
15. Has tenido personas que se han preocupado por ti
16. Crees que tu salud **psicológica** (mental) está deteriorada (mal)
17. Has tenido problemas familiares
18. Crees que el consumo de drogas ha empeorado tus actividades sociales (ir con amigos, trabajar, etc.)
19. Crees que hay personas que pueden quitarse de las drogas
20. Crees que tú puedes quitarte de las drogas
21. Harías cualquier cosa para dejar las drogas (ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares, etc.)
22. Crees que tu salud **física** ha estado deteriorada

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Tabla 2. Propiedades métricas de los ítems del TECVASP y fiabilidad del test

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Has tenido dolor	70,2	172,7	0,529	0,852
2. Has tenido problemas de sueño	70,6	171,8	0,489	0,853
3. Has tenido vómitos	69,6	175,1	0,446	0,855
4. Te has sentido fatigado	70,7	170,1	0,622	0,849
5. Has estado ansioso	71,2	169,6	0,638	0,848
6. Has estado deprimido	71,1	171,1	0,581	0,850
7. Te has sentido agresivo	70,2	173,6	0,467	0,854
8. Has tenido problemas para recordar las cosas	70,5	169,7	0,547	0,851
9. Has tenido alucinaciones	69,4	175,3	0,442	0,855
10. Has tenido problemas para concentrarte	70,4	170,5	0,607	0,849
11. Has tenido problemas para orientarte	69,2	177,6	0,454	0,855
12. Has consumido drogas para estar bien físicamente	70,6	169,8	0,476	0,854
13. Has consumido drogas para estar bien psicológicamente	70,6	171,7	0,435	0,856
14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas	69,9	169,4	0,545	0,851
15. Has tenido personas que se han preocupado por ti	69,5	189,7	0,022	0,868
16. Crees que tu salud psicológica está deteriorada	70,3	170,9	0,545	0,851
17. Has tenido problemas familiares	70,8	179,8	0,274	0,861
18. Crees que el consumo de drogas ha empeorado tus actividades sociales	71,7	179,3	0,371	0,858
19. Crees que hay personas que pueden quitarse de las drogas	69,5	187,4	0,124	0,864
20. Crees que tú puedes quitarte de las drogas	69,4	185,9	0,190	0,862
21. Harías cualquier cosa para dejar las drogas (ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares, etc.)	68,9	191,2	0,001	0,865
22. Crees que tu salud física ha estado bastante deteriorada	71,1	172,7	0,501	0,853
Alfa de Cronbach de la escala en la muestra total		0,861		
Alfa de Cronbach en la submuestra de consumidores de rebujo		0,849		
Alfa de Cronbach en la submuestra de consumidores de clorhidrato de cocaína		0,819		
Alfa de Cronbach en la submuestra de consumidores de cocaína en base		0,798		
Alfa de Cronbach en la submuestra de consumidores de alcohol		0,848		

ANEXO IV

Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols)⁽¹⁸⁾

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausente 2. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 3. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 4. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto <p>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea</p>
2. Sensación de culpabilidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausente 2. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente 3. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 4. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 5. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experiencias alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con actividad, trabajo o aficiones

	<p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente</p> <p>por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Serteruelasmanos, serteruelasmanos, loslabios, setiradeloscabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritable</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>

Items	Criterios operativos de valoración
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijos • ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros • ~ Frecuencia urinaria • ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación</p> <p>intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>

13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitate Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • ~ Pérdida de la libido • ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según pesaje hecho por e psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Perdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de sy enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

Tomado de: Ramos-Brieva J, Cordero Villafafila A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986;14:324-34).

ANEXO V

Encuesta dicotómica (Sí/ No) DE CREACIÓN PROPIA

Preguntas:

Para medir el grado de satisfacción marcar Sí/No según proceda

1. ¿Esta satisfecho/a con la atención prestada por el personal de enfermería que trabaja en la unidad?.....Sí/No
2. ¿Cree que le ha sido útil la intervención impartida por el personal de enfermería?.....Sí/No
3. ¿Ha respondido adecuadamente el personal de enfermería a sus necesidades a lo largo del proceso de desintoxicación?.....Sí/No
4. ¿Ha sentido algún tipo de rechazo/ respuesta negativa por parte del personal de enfermería?.....Sí/No
5. ¿Cree que la labor de enfermería es un factor positivo para una mejor adaptación al régimen terapéutico?.....Sí/No
6. ¿Se ha sentido en alguna ocasión durante el proceso de desintoxicación desatendido/a por el personal de enfermería?.....Sí/No
7. ¿En momentos de flaqueza/ debilidad emocional ha percibido una buena respuesta por parte del personal de enfermería?.....Sí/No
8. ¿A nivel psicológico ha sentido que enfermería ha sido un apoyo positivo a lo largo del proceso?.....Sí/No
9. ¿Ha sabido el personal de enfermería atender adecuadamente sus dudas e inquietudes a lo largo del proceso?.....Sí/No
10. ¿Considera que ha existido una buena comunicación con el personal de enfermería?.....Sí/No