

# PERFIL DESCRIPTIVO DEL USUARIO CON PATOLOGÍA DUAL

GRADO DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SEDE LA PALMA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

**JUNIO 2020**

**AUTORA: CRISTINA ÁVILA EXPÓSITO**

**TUTOR: GERSON REYES ABREU**



## AGRADECIMIENTOS

---

Después de estos cuatro años de carrera llega el final de una etapa importante, llena de aprendizaje que marcará un antes y un después en mi vida.

Primeramente, quiero agradecer a todos los profesionales que se han implicado en mi enseñanza durante estos cuatro años, para convertirme en una buena sanitaria y a mi tutor Gerson Reyes Abreu, por su paciencia, consejos, ayuda y sobre todo ánimos que han hecho posible este proyecto.

También quiero agradecer al profesor titular de pediatría de la ULL José Ramón Castro Conde por su colaboración y ayuda en los objetivos y estadística de este proyecto.

A mis compañeros Liceth, Julia, Benito y Verónica que empezaron a formar parte de mi vida desde que comenzó esta etapa, para convertirse en uno de mis pilares fundamentales. También quiero mencionar a mis amigas que me han dado su gran apoyo y motivación desde el primer día.

Y a mi familia, especialmente a mi madre. Por ser mi gran apoyo incondicional y por transmitirme toda esa confianza y fuerza que me ha ayudado a seguir adelante.

Gracias a todos.

## RESUMEN

---

Un elevado número de personas que padecen patologías psiquiátricas tienden a emplear las drogas como método para paliar sus síntomas. Lejos de ser una solución, la mayoría de los casos derivan en la existencia conjunta de un trastorno psiquiátrico y una adicción, lo que se conoce como Patología Dual. Esta situación se ve favorecida e incrementada por factores de riesgo socioeconómico-culturales individuales y colectivos. El conocimiento de estos factores de riesgo y el poder actuar sobre ellos de forma preventiva tiene un papel fundamental en el marco clínico de la enfermería ayudando al paciente en su adhesión al tratamiento médico y evitar que empeore la posible enfermedad dual.

El objetivo de este estudio es verificar la correlación entre el consumo frecuente de drogas y los trastornos psicológicos. Para ello, se llevará a cabo un estudio con diseño descriptivo, de corte trasversal y cuantitativo a través de un cuestionario anónimo y voluntario de elaboración propia. El cuestionario será enviado a pacientes que padezcan patología dual, en edades entre 20 y 50 años, y que acudan a las Unidades de Atención a las Drogodependencias o a las Unidades de Salud Mental del área norte de Tenerife o a la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias. El análisis estadístico de los datos se realiza por medio del análisis descriptivo de frecuencias de consumo específico de drogas por edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel de estudios, situación laboral y patología psiquiátrica. Con la finalidad de comprobar si el consumo de drogas conlleva patología psiquiátrica secundaria asociada, la muestra será dividida en dos grupos: 1) consumo de drogas previo al diagnóstico, y 2) diagnóstico previo al consumo. Finalmente, el proyecto tendrá una duración de nueve meses.

**PALABRAS CLAVES:** Patología dual, trastornos mentales, consumo de drogas, intervención enfermera.

## ABSTRACT

---

A large number of people that suffer from psychiatric pathologies tend to use drugs as method to alleviate their symptoms. This is never the solution as most of the cases result in the existence of a psychiatric disorder and an addiction, which we know as Dual Pathology. This situation is favoured and increased by individual and collective socio-economic risk factors. The knowledge of these risk factors and being able to act on them in a preventive way has a fundamental role in the clinical framework of nursing, helping the patient in his/her adherence to medical treatment to prevent the dual disease form worsening.

The objective of this study is verify the correlation between the frequent consume of drugs and psychiatric disorders. To this end, a descriptive design will be conducted, with a transversal and quantitative cut through an anonymous, voluntary and self-elaboration quiz. This questionnaire would be send to patients that suffer from this dual pathology, in the ages between 20 and 50 years old that attend to the “Unidades de Atención a las Drogodependencias” o the “Unidades de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias” or the different mental institutions of the nort area. The statistical analysis of the information is made by the descriptive analysis of frequencies of specific consume of drugs by age, gender, civil status, coexistence, studies, employment situation and psychiatric pathology. With the purpose of check if the consume of drugs leads to a second psychiatric associated pathology this study would be divided into two groups; The consume of drugs prior diagnostic and a second one with a diagnostic prior to the consume. To conclude, the project will have a nine months' duration.

**KEY WORDS:** Dual pathology, mental diseases, drugs consume, nurse intervention.

## INDICE

---

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>3</b>
3.1	SALUD MENTAL.....	3
3.1.1	TRASTORNOS MENTALES.....	4
3.1.2	DROGAS.....	9
<b>4</b>	<b>PATOLOGÍA DUAL</b> .....	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b> .....	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>17</b>
<b>7</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
7.1	Objetivo general: .....	17
7.2	Objetivos específicos: .....	17
<b>8</b>	<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>18</b>
8.1	Diseño del estudio.....	18
8.2	Población y muestra del estudio .....	18
8.2.1	<b>Criterios de inclusión</b> .....	19
8.2.2	<b>Criterios de exclusión</b> .....	19
8.3	Variables del estudio .....	19
8.4	Material y métodos .....	20
8.5	Recogida de datos .....	20
8.6	Sesgo .....	21
8.7	Plan de trabajo.....	21
8.8	Análisis estadístico.....	22
8.9	Difusión de los resultados .....	22
8.10	Aspectos éticos.....	22
<b>9</b>	<b>LOGÍSTICA</b> .....	<b>23</b>
9.1	CRONOGRAMA.....	23
9.2	PRESUPUESTO .....	23
<b>10</b>	<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>24</b>
<b>11</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>25</b>

<b>12 ANEXOS</b> .....	29
12.1 ANEXO 1:.....	29
12.2 ANEXO 2:.....	30
12.3 ANEXO 3: .....	33
12.4 ANEXO 4.....	35
12.5 ANEXO 5.....	37
12.6 ANEXO 6.....	38

# 1 INTRODUCCIÓN

---

Los problemas relacionados con el consumo de drogas están ampliamente extendidos en la sociedad, concretamente en España existen un millón de familias que sufren consecuencias de las drogas o el abuso de alcohol. Cada año, ingresan en los hospitales españoles más de 4.000 personas por psicosis producidas por el alcohol y otras drogas <sup>1</sup>.

A pesar de que el cerebro se encuentra separado del resto del organismo, desarrolla diversas manifestaciones neurológicas derivadas del consumo de drogas y agentes externos. Estas manifestaciones pueden ser agudas o crónicas y todo depende de la dosis y tiempo de exposición, pudiendo provocar cambios en la estructura y funcionamiento del cerebro. Por esa razón, el consumo de drogas y los problemas de salud mental pueden estar relacionados.<sup>2</sup> Desarrollarían lo que llamamos *trastorno dual*, que hace referencia a la existencia de dos patologías juntas en un individuo, una de ellas una adicción y la otra un trastorno psiquiátrico. Podríamos hablar de adicciones a sustancias legales como pueden ser el tabaco y el alcohol, o a sustancias ilegales como el cannabis, la cocaína, la heroína, entre otras; incluso podemos hablar de adicciones al juego, al sexo o las compras <sup>3</sup>.

Por otro lado, los trastornos psiquiátricos más recurrentes serían la esquizofrenia, la hiperactividad, los trastornos bipolares, la depresión, los trastornos de personalidad y las crisis psicóticas. Siendo el cannabis, el alcohol, la cocaína y otros estimulantes los responsables en la mayoría de los casos.

Varios autores han intentado buscar una explicación a la relación de ambas patologías. Sin embargo, habiéndose propuesto hasta tres teorías explicativas <sup>3</sup>.

1. Poseer una dependencia a las drogas como un trastorno primario e incitador de las patologías psiquiátricas, mecanismo defendido por la teoría de la neurotoxicidad <sup>3</sup>.
2. Poseer la psicopatología como factor de riesgo para el desarrollo de una dependencia a las sustancias; en este caso el consumo de drogas se produciría posteriormente al trastorno, es decir, utilizarían las drogas para aliviar los síntomas de la depresión, la ansiedad y el déficit de atención e hiperactividad. Por tanto, da lugar a la Hipótesis de la Automedicación (Khantzian, 1985), con el objetivo de calmar sus síntomas <sup>3</sup>.
3. El usuario tendría una fragilidad e inseguridad para padecer ambos trastornos. Un ejemplo claro, los trastornos de personalidad <sup>3</sup>.

Si además del consumo de tóxico, le sumamos las enfermedades mentales y el estigma, puede aumentar considerablemente el problema social. Ya que los síntomas les pueden ocasionar dificultades tanto en el trabajo, vivir independiente, o incluso lograr obtener una buena calidad de vida.<sup>4</sup>

## 2 ANTECEDENTES

---

En 1990 en cinco ciudades de Estado Unidos se realizó un estudio denominado Estudio ECA con una muestra amplia, concretamente más de 20.000 personas, con el objetivo de detectar trastornos mentales primarios. Se encontró que en pacientes adictos al alcohol, el porcentaje de trastornos mentales es del 37%, mientras que en persona dependientes de drogas ilegales la frecuencia es del 53%. A lo largo de la vida de estas personas aproximadamente el 93 % de los adictos a sustancias desarrollarían algún trastorno mental. De la misma manera, en los pacientes con trastornos psiquiátricos la prevalencia de trastornos por uso de sustancias alcanza el 29% a lo largo de la vida. <sup>5</sup>

Se demostró, que un 36,6% eran alcohólicas y un 53,1% de las personas consumían otro tipo de drogas, además, presentaban algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida. A la conclusión que llegó el estudio ECA es que una tercera parte de los pacientes psiquiátricos consumían alguna sustancia, en algún momento de su vida y la mitad de los pacientes drogodependientes han presentado algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida. <sup>5</sup>

En 2011, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la frecuencia de patología dual y el riesgo de suicidio en personas consumidoras de sustancias internadas en prisión. La muestra estuvo compuesta por 143 reclusos de los aproximadamente 1600 que estaban ingresados en el centro penitenciario de Villabona (Asturias), la media de edad era 33 años y la mayoría eran soltero, policonsumidores y cumplían condena por delitos contra la propiedad y el orden socioeconómico. Los resultados obtenidos fueron que el 35% de los internos evaluados cumplían criterios de diagnóstico de patología dual, de los cuales un 83,3% presentaba trastornos de ansiedad, un 79,2% trastornos afectivos y un 0,8% trastornos psicóticos. Únicamente un 24,1% de la muestra total no presenta ningún trastorno mental en la actualidad, mientras que un 40,9% cumplen los criterios para padecer trastornos mentales. Otro de los resultados importantes, es que aproximadamente un tercio de los internos han sufrido maltrato físico o psicológico en la infancia, esto provocaría un mayor riesgo de padecer un trastorno por consumo de sustancias. Así mismo, los resultados mostraron que casi la mitad de los reclusos presentaban riesgo de suicidio y más de dos tercios tenían patología dual, a esto se le suma que el maltrato físico multiplica el riesgo de patología dual, de trastornos de ansiedad y triplica el trastorno de consumo de sustancias. Concluyendo, se observó que los malos tratos físicos recibidos en la infancia aumentaban la probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias o patología dual.<sup>6</sup>

En el 2017, la Unidad de Conductas Adictivas de Valencia realizó un estudio con el objetivo de analizar las características psicopatológicas y la asociación con determinados tipos de sustancias. Participaron 63 pacientes entre 18 y 45 años con una media de edad de 37 años. Los resultados



obtenidos demostraron que las sustancias más consumidas fueron la cocaína (36,5%) y el alcohol (28,4%), seguidos por los opiáceos (16%), el cannabis (14,2%) y por último las benzodiazepinas (4,8%). Se expuso que las drogas más consumidas por las mujeres era el alcohol y las benzodiazepinas, mientras que los hombres hacían más uso de la cocaína, los opiáceos y el cannabis. Los participantes presentaban un consumo diario desde los 18 años. Así mismo se mostró como el 84,13% de los colaboradores presentaron algún tipo de trastornos del Eje I. En este estudio, se encontró que el 51.9% de los casos presentaba psicopatología del estado de ánimo, un 41.3% psicopatología psicótica, 31.70% TDAH y un 55.6% trastornos de estrés postraumático (TEPT). El perfil de toxicomanía provoca que sea mucho más complejo el diagnóstico de la Patología Dual, puesto que la sintomatología puede ser causada por un policonsumo o por la falta de sustancias. En definitiva, los resultados obtenidos demostraron una elevada presencia de patología dual en la población de consumidores de sustancias tóxicas<sup>7</sup>.

---

### 3 MARCO TEÓRICO

---

#### 3.1 SALUD MENTAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es un componente integral y esencial de la salud. Por esa razón La Constitución de la OMS define la salud: *“como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.<sup>8</sup>

*“La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacerle frente a la vida”*. Por esa razón, mirándolo de una perspectiva positiva, la salud mental *“es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad”*.<sup>8</sup>

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos.<sup>3</sup> Esto implica tanto nuestro bienestar emocional, psicológico como social. Nos afecta en la manera que pensamos, sentimos y actuamos cuando nos enfrentamos a la vida. La salud mental es significativa durante todas las etapas de nuestra vida, desde la niñez, la adolescencia hasta la adultez.

La mala salud mental se puede asociar a una serie de cambios en nuestra vida personal como problemas familiares, momentos estresantes, exclusión social, mala salud física, incluso factores de nuestra personalidad y psicológicos que nos harían vulnerables a los trastornos mentales o problemas de drogadicción.<sup>9</sup>

### 3.1.1 TRASTORNOS MENTALES

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos psiquiátricos se “*consideran afecciones con una gran importancia clínica, ya que se caracteriza por una diversidad de alteraciones en los pensamientos, afectividad y sobre todo en la conducta*”. Estos trastornos pueden estar causados por factores biológicos genéticos, socioculturales, y además se pueden asociar a deficiencias graves en su ambiente social, familiar e individual.<sup>10</sup>

Las enfermedades psiquiátricas van en aumento, causando efectos en la salud de las personas. Algunas de ellas tienen el riesgo de desarrollar un problema de salud mental en cualquier etapa y momento de su vida. Uno de cada tres pacientes con trastorno mental tarda hasta cinco años o más para que se le haga un diagnóstico correcto en centros especializados.<sup>10</sup>

Las enfermedades mentales más comunes, en el caso de la existencia de una patología dual son: los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos de personalidad y la esquizofrenia.

#### 3.1.1.1 ESQUIZOFRENIA:

La Esquizofrenia es definida en la OMS como una “*psicosis que se caracteriza por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas por alucinaciones tanto auditivas como visuales y delirios.*” Este trastorno, podría causarle problemas en su mundo laboral, incluso en el aprendizaje.<sup>11</sup> De acuerdo con las clasificaciones actuales, la esquizofrenia se divide en subtipos, que dependerán de la sintomatología que manifieste en el momento de la evaluación: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciado y residual.<sup>12</sup>

- Tipo paranoide: Se caracteriza por la presencia de ideas delirante o alucinaciones auditivas.<sup>12</sup>
- Tipo desorganizado: Se define por un lenguaje y comportamiento desorganizado y la afectividad inapropiada. El lenguaje puede ir acompañado por tonterías o risas que no tiene una explicación coherente con el contenido de la conversación.<sup>12</sup>
- Tipo catatónico: Está determinado por alteraciones psicomotoras, pueden incluir inmovilidad motora excesiva (incluye catalepsia o estupor), negativismo extremo, mutismo, ecolalia, ecopraxia y peculiaridades del movimiento voluntario.<sup>12</sup>
- Tipo indiferenciado: Son pacientes esquizofrénicos que presenta síntomas que cumplen con el Criterio A (ideas delirantes, alucinaciones, lenguajes desorganizado, comportamientos desorganizado), pero que no cumplen los criterios para los tipos catatónico, paranoide y desorganizado.<sup>12</sup>

- Tipo residual: Cuando ha habido un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro actual no hay existencia de síntomas positivos. <sup>12</sup>

Por lo general, este trastorno suele iniciarse al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta, entre los 15-30 años. Y puede ser tratada y mantenida con tratamiento farmacológico y apoyo psicosocial. Con ambas indicaciones, el paciente podría llevar una vida totalmente normal siempre y cuando llegue un régimen terapéutico estrictamente. <sup>11</sup>

Un gran número de investigaciones en los últimos años, han señalado que en algunas zonas cerebrales existen algunas disfunciones que son responsables del proceso patológico. En principio, se cree que es consecuencia de un exceso de actividad dopaminérgica en la zona subcortical, que sería el causante de los estados psicóticos, y una hipofunción en la corteza prefrontal favoreciendo los síntomas negativos y cognitivos de la enfermedad. <sup>13</sup>

En la Esquizofrenia se podría destacar múltiples síntomas, que persisten durante por lo menos 6 meses e incluyen un periodo de un mes de síntomas (dos o más). Estaríamos hablando de los delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento catatónico o síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia). A esta etapa se le conoce como la fase activa. <sup>14</sup>

Los síntomas podríamos dividirlos en positivos o productivos, los cuáles reflejan un exceso de las funciones normales. El síntoma principal, son las alucinaciones auditivas, que se caracteriza por oír voces, de las cuales pueden sonar en la cabeza o en cualquier parte del cuerpo. Suelen transmitir mensajes extraños que le generan preocupación o mal estar a la persona, suelen ser órdenes, burlas, voces angelicales o demoniacas de personas conocidas o seres extraños. <sup>15</sup>

Mientras que los síntomas negativos o déficit muestran la pérdida de capacidad o característica adquirida.<sup>13</sup> Además, comprenden restricciones en la intensidad emocional de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje.<sup>14</sup> Pueden ser difíciles de evaluar porque tiene lugar junto con la normalidad, son inespecíficos y pueden ser ocasionados por diversos factores (p. ej., efectos secundarios de la medicación, trastorno del estado de ánimo) <sup>15</sup>

Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. <sup>14</sup>

Síntomas positivos	Síntomas negativos
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alucinaciones</li><li>▪ Ideas delirantes</li><li>▪ Trastornos formales del pensamiento (incoherencia, descarrilamiento, tangencialidad e ilogicalidad)</li><li>▪ Conducta extravagante o desorganizadas</li><li>▪ Catatonía</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pobreza del lenguaje y pensamiento (alogia)</li><li>▪ Bloqueos del pensamiento</li><li>▪ Embotamiento o aplanamiento afectivo</li><li>▪ Retraimiento social</li><li>▪ Escaso autocuidado</li><li>▪ Apatía</li><li>▪ Anhedonia</li><li>▪ Abulia (pérdida de motivación, anergia e inconstancia en las actividades)</li></ul>

### 3.1.1.2 TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

EL TDAH es una enfermedad crónica, generalmente de inicio en la infancia y que prevalece en la adolescencia e incluso en la vida adulta. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA) es un trastorno del neurodesarrollo que implica una serie de síntomas principales que son: la disminución de atención, la impulsividad y la hiperactividad que podrían ocasionar un deterioro en la función familiar, académica, social y laboral.<sup>16</sup> Se cree que afecta a la atención y el control de los impulsos y que la hiperactividad es secundaria a la impulsividad.<sup>17</sup>

Por lo general, es una afección que es más frecuente entre los niños, pero según un estudio epidemiológico realizado por Wender en 1995, describe una prevalencia de TDAH en la edad adulta entre un 2% y un 6%. Diversos estudios, han demostrado que el TDAH, a pesar de ser una disfunción genéticamente determinada por los neurotransmisores dopaminérgicos y noradrenérgico, presenta un factor de riesgo para la proliferación de las enfermedades adictivas.<sup>18</sup>

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad provoca tres fenómenos: inatención, impulsividad e hiperactividad. En primer lugar, la inatención se basa en no prestar atención y cometer errores por descuido, suelen ser descuidados y sucios con sus tareas, además presentan dificultad para mantener la atención en actividades laborales. Por lo general, suelen tener la mente en otro lugar como si no escucharan ni oyeran cuando se habla con ellos, no siguen instrucciones ni órdenes y tampoco llegan a completar las tareas<sup>19</sup>. En segundo lugar, la impulsividad lleva a ser imprudente tanto física como socialmente, se presenta por impaciencia, dar respuestas de manera precipitadas, dificultad para esperar su turno e interrumpir hasta provocar problemas sociales, académicos o laborales<sup>19</sup>. Y por último, la hiperactividad situacional o generalizada, la primera se da sólo en ciertos ambientes, mientras que la segunda se manifiesta en todos los ámbitos, por esta razón, sufren más trastornos conductuales y cognitivos.<sup>12</sup> La hiperactividad se manifiesta por estar inquieto, por hablar excesivamente y por tener dificultad para dedicarse a actividades sedentarias.<sup>19</sup>

Existen tres subtipos del TDAH: déficit de atención, hiperactivo-impulsivo y combinado.<sup>19</sup>

- Trastornos por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado: Se hace uso cuando los síntomas han persistido durante 6 meses o 6 síntomas de desatención y de hiperactividad-impulsividad.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de déficit de atención: Se da cuando ha persistido al menos 6 meses los síntomas de desatención.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: Se utiliza cuando los síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido 6 meses.

### 3.1.1.3 TRASTORNOS BIPOLARES

El trastorno bipolar es un trastorno mental grave que afecta a más del 1% de la población mundial.<sup>20</sup> Se define como un conjunto complejo de enfermedades que se caracterizan por las alteraciones del estado de ánimo, junto con periodos de exaltación y depresión, a esto se le llama “psicosis-maniaco-depresivo”.<sup>13</sup> Según la OMS, esta alteración ocupa el sexto lugar entre todos los trastornos médicos, formando una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes.<sup>21</sup>

Este desorden se caracteriza por la alteración del estado de ánimo, donde se aprecian cambios en el nivel de actividad, energía y la habilidad de realizar actividades diarias. El paciente puede presentar episodios depresivos, maníacos e hipomaníacos además de poder estar un determinado tiempo sin ningún síntoma aparente.<sup>22</sup>

Es importante reconocer que las depresiones bipolares son más inhibidas, y se acompañan de hipersomnias y aumento de peso. En el caso del enfermo maníaco, es difícil mantener una relación con él por su tendencia a la indiscreción y a invadir el terreno ajeno. Su episodio maníaco puede ir desde vestirse de forma extravagante, ir desarreglado e incluso sucio o desnudo. Cuando el paciente se encuentra muy irritado, el paso de la amabilidad a la agresión física es muy leve.<sup>13</sup>

Puesto que la manía y la hipomanía se caracterizan por una alteración de la actividad cerebral, uno de sus síntomas principales es la aceleración del curso del pensamiento. Esto quiere decir, que hay un aumento de la verborrea y de la velocidad de verbalización.<sup>13</sup>

Existen dos tipos: trastornos bipolares tipo I (TBI) y el tipo II. El tipo I se caracteriza por episodios de manía y depresión; y el tipo II presenta episodios hipomaníacos y depresión. La diferencia que existe entre ambas es la gravedad de los síntomas de la manía, provoca síntomas psicóticos y muchas veces requiere la hospitalización. En cambio, la hipomanía, no es tan severa como para provocar deterioro funcional laboral y social, por tanto, no hace falta su hospitalización.<sup>21</sup>

Los síntomas pueden causar daño en las relaciones interpersonales, un funcionamiento bajo en el estudio o trabajo, y un aumento de la mortalidad, especialmente por suicidio y enfermedad cardiovascular. Sin embargo, con un diagnóstico precoz puede recibir el tratamiento y llevar una vida normal, con una disminución considerable del número de los ingresos, la duración y la frecuencia de los episodios.<sup>21</sup>

#### **3.1.1.4 DEPRESIÓN:**

Según la OMS la depresión se define como *“trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”*<sup>23</sup>

La depresión es una enfermedad muy frecuente en el mundo, afecta a más de 300 millones de personas. Estamos hablando de un problema de salud serio, sobre todo cuando se trata de una depresión de larga duración e intensidad moderada a grave. A la persona que lo padece le puede causar sufrimiento, alterar las actividades laborales, sociales y familiares. En el peor de los casos podría llegar hasta al suicidio.<sup>23</sup>

Existen dos tipos de depresión según la OMS. Por un lado, el trastorno depresivo recurrente consiste en episodios depresivos repetidos, en estos episodios la persona sufre un ánimo deprimido, pérdida de interés en las cosas, en disfrutar y una reducción de la energía. Muchas de las personas que sufren de depresión, manifiestan síntomas como ansiedad, alteración en el sueño, falta de apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima. Los síntomas más comunes se pueden clasificar en tres tipos: leve, moderado y grave. Durante un episodio de depresión grave es bastante probable que el usuario no pueda mantener ni realizar sus actividades sociales, laborales o domésticas<sup>23</sup>. Por otro lado, el trastorno depresivo bipolar, consiste en episodios maníacos y depresivos. Se caracterizan por tener episodios maníacos con un estado de ánimo elevado, irritabilidad, hiperactividad, disminución de la necesidad de dormir, entre otros síntomas.<sup>23</sup>

#### **3.1.1.5 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.**

Para definir bien que son los Trastornos de la Personalidad debemos diferenciar tres grupos importantes.<sup>24</sup>

El grupo A o Sujetos Extraños (esquizoides o paranoides), se describe como un conjunto de personas que tienen la incapacidad de relacionarse y mantener relaciones sociales debido a su actitud introvertida. Se caracterizan por ser individuos inaccesibles y peculiares, que se aíslan socialmente y no tiene sentido del humor. Además, suelen ser personas distantes e inexpresivas, es fácil encontrarlos asociados a sectas. Por esa razón, son personas vulnerables para padecer patologías psiquiátricas y a desarrollar una adicción a las sustancias, utilizándola como escudo para que sus relaciones sociales sean mejores.<sup>24</sup>

El grupo B o Sujeto Inmaduros (narcisistas o antisociales), están caracterizados por su variabilidad afectiva, es decir, puede pasar del llanto a la risa en menos de un minuto y viceversa. Además de ser particulares a la hora de expresar sus emociones o sentimientos, estos pueden ir acompañados por conductas descontroladas o problemas sociales. Suelen recibir el nombre de malcriados, o caprichosos.<sup>24</sup>

Y por último el grupo C o Sujetos Temerosos (dependientes, compulsivos, pasivos-agresivos), se trata de personas que son muy sensibles al castigo, que responden con fuertes conductas emocionales que llegan a modificar el aprendizaje y a desordenar la conducta. Son individuos incapaces de afrontar las relaciones sociales, temen a cualquier novedad, por lo que nunca aprenderán de los errores.<sup>24</sup>

### 3.1.2 DROGAS

Se entiende por droga *“toda sustancia farmacológica activa sobre el sistema nervioso central (SNC), que introducida en el organismo vivo provoca alteraciones en el comportamiento”*. No sólo incluye las sustancias tóxicas ilegales, sino también determinados medicamentos que puedan provocar estado de dependencia, sustancias legales como el tabaco y el alcohol e incluso productos de uso doméstico o laboral.<sup>13</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las drogas se definen como *“aquellas sustancias naturales o sintéticas que debido a su administración existen probabilidades de que originen y desarrollen cambios psicológicos, físicos (orgánicos) y emocionales de manera excepcional, dando como resultado la adicción incluso la muerte de la persona”*.<sup>25</sup>

Las drogas se pueden clasificar del siguiente modo según las restricciones legales: las drogas legales y las ilegales. Las drogas legales *“son aquellas permitidas por la ley, sobre las cuales no existe ningún tipo de prohibición para su consumo”* y que además provocan daños graves para la salud. Estaríamos hablando de los fármacos utilizados para el tratamiento del dolor, trastornos del sueño, trastornos de ánimo, alcohol y el tabaco. Y las drogas ilegales *“son aquellas prohibidas por la ley, y totalmente dañinas para el organismo humano”*: las principales serían la marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, LSD, etc.<sup>25</sup>

Así mismo, se puede hacer una clasificación de las sustancias psicoactivas en el ámbito farmacológico, esta clasificación estará basada en los efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) y el cerebro.<sup>26</sup>

- Droga depresora: Inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia y pueden provocar diferentes grados de inactivación (relajación, sedación, sueño e incluso coma). Un ejemplo de droga depresora sería el alcohol.<sup>27</sup>
- Droga estimulante: Produce sensación de euforia y bienestar, incrementando la energía y el nivel de actividad motriz, un ejemplo claro sería la cocaína.<sup>27</sup>

- Droga alucinógena: Produce cambios en la percepción, consciencia y emoción. A su vez se divide en tres grupos: psicodélicos, disociativos y delirantes. Las más comunes serían LSD, hachís, marihuana y éxtasis.<sup>27</sup>
- Drogas opioides: Se unen a los receptores opioides situados en el SNC y el tracto gastrointestinal. Hay tres clases: alcaloides del opio (morfina y codeína), opiáceos semi-sintéticos (heroína y oxicodona) y opioides completamente sintéticos (metadona y petidina)<sup>26</sup>

Y por último, se pueden catalogar en drogas duras y blandas. Esta categorización se basa en distinguir qué drogas son las altamente adictivas que comprometen gravemente la salud o poco adictivas y que no presentan un riesgo grave para quien la consume<sup>26</sup>.

- Drogas duras: causa adicción o dependencia tanto física como psíquica, además de provocar daños serios en la salud de quien lo consuma (cocaína, morfina, heroína y el alcohol).<sup>26</sup>
- Drogas blandas: causa adicción o dependencia a nivel sólo físico o psíquico, sin causar un riesgo grave para la salud, además no conlleva un comportamiento social desadaptativos (cannabis en todas sus presentaciones, la cafeína y teína).<sup>26</sup>

Si una persona consume frecuentemente este tipo de sustancias, puede comenzar manifestando varios comportamientos. En principio, la persona comenzaría desarrollando una conducta de adicción, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de las drogas. Un consumo reiterado, crearía una tolerancia hacia las drogas, es decir, obliga al consumidor ir aumentando progresivamente la cantidad de sustancia con el objetivo de conseguir un efecto psicoactivo.<sup>9</sup>

El consumo excesivo unido a la tolerancia puede desembocar en una fuerte unión del sujeto a la droga, a esto se le denomina dependencia. Existen dos tipos: la dependencia psíquica, que se caracteriza por la sumisión psíquica del sujeto a la droga, generando la sensación de placer y bienestar cuando la consume. Y la dependencia física pone de manifiesto el síndrome de abstinencia, el cual se define como el conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando se suprime bruscamente el consumo de una droga.<sup>9</sup>

### 3.1.2.1 ALCOHOL

En la cultura occidental y en la mediterránea particularmente el consumo de alcohol se ha arraigado a la sociedad. La OMS en 2003 demostró que el alcohol es la tercera causa en el mundo occidental en quitar años de vida, provocando 20.000 muertes anuales en España.

El término "alcoholismo" hace referencia al síndrome de dependencia alcohólica (SDA), por esa razón Freixa y Soler-Insa (1981) define alcoholismo como "*el problema social determinado por el consumo de alcohol exagerado en la colectividad*"<sup>13</sup>



El etanol interactúa con determinadas proteínas que se encuentran en la membrana neuronal, la responsable de la transmisión de señales, generando cambios en la actividad de diversas enzimas. La mayor acción del etanol recae en los receptores de GABA<sub>A</sub>, el receptor NMDA (N-metil-D-aspartato) del glutamato y determinados receptores opioides, esto ocasionará una depresión del sistema nervioso central (SNC).<sup>13</sup>

La toxicidad del alcohol está relacionada con las cantidades consumidas, por eso, en la actualidad se recomienda registrar el consumo de alcohol utilizando las unidades de bebida estándar (UBE) como sistema de registro. Se recomienda expresar el consumo en UBE/semana, una UBE contiene 10g de alcohol y se corresponde con una consumición de vino o cerveza, en cambio, una consumición de destilados (whisky, vodka, ron, etc.) contiene 2 UBE.<sup>13</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el consumo de riesgo como un patrón de consumo que si se mantiene puede acabar ocasionando daños para la salud física o mental, independiente de que no padezca ninguna patología con anterioridad. La OMS, tiene establecida unos criterios de consumo de riesgo en el caso de los hombres 28 UBE/semana y en el de las mujeres 17 UBE/semana. Un consumo regular no puede exceder los 40g/día en los hombres y 24g/día en las mujeres, ya que puede ocasionar numerosos problemas médicos y psicosociales relacionados con el alcohol.<sup>13</sup>

El síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) es habitual en los alcohólicos crónicos, puede ocasionar desde temblores distales hasta un *delirium tremens*. Pueden presenciar alucinaciones visuales o auditivas entre las 24 y 48 horas tras el cese de la ingesta de alcohol y puede desaparecer a los pocos días. También puede ocasionarles convulsiones tanto en paciente epilépticos como no epilépticos en la fase inicial de la abstinencia. Así mismo, puede desarrollar manifestaciones graves como el *delirium tremens*, que se caracteriza por confusión, alucinaciones, temblores, agitación, taquicardia, pupilas dilatadas, sudoración y fiebre<sup>13</sup>.

La intoxicación etílica aguda (IEA) “es un síndrome clínico producido por la ingesta de bebidas alcohólicas en cantidad superior a la capacidad metabólica de la persona.” El exceso de alcohol en el organismo consigue que el sistema GABA se potencie, inhiba el sistema NMDA-glutamato y los canales de calcio, provocando la depresión del sistema nervioso central (SNC). Dependiendo de la cantidad ingerida de alcohol y la tolerancia, el individuo puede desarrollar desde una leve desinhibición, insuficiencia respiratoria, hasta el coma e incluso la muerte<sup>13</sup>.

### 3.1.2.2 CANNABIS

El cannabis o marihuana es una planta que contiene gran cantidad de alcaloides con efectos psicoactivos, el principal es el delta-9-tetrahidrocannabinol o THC. Existen tres formas de presentación: la marihuana, que se obtiene de las flores (5% THC) la resina seca de hachís (contiene del 6 al 10% de THC) y el aceite de hachís (50% o más de THC).<sup>13</sup>

Antiguamente, su uso era únicamente terapéutico, generalmente indicado para el tratamiento de los tos, la fatiga, el reumatismo, la migraña, etc. Pero con el tiempo fue decreciendo debido a la introducción de analgésicos e hipnóticos.

La marihuana, en muchas ocasiones ha sido catalogada como un alucinógeno, ya que por ejemplo puede producir una percepción distorsionada de las diferentes partes del cuerpo, distorsión temporoespacial, despersonalización, aumento de la sensibilidad del sonido, sensación de claridad mental y reacciones paranoides. Pero se ha puesto en duda esta clasificación, ya que en el cannabis tiende a producir sedación, no produce dilatación pupilar, ni un aumento de la tensión arterial ni temperatura corporal, a diferencia de otros tipos de droga alucinógena, como por ejemplo el LSD. Además, se cree que intensifica las sensaciones sexuales y prolonga el orgasmo.<sup>14</sup> Es cierto, que es la sustancia ilegal más consumida entre la población general, asociándola con el consumo de otro tipo de sustancias, por lo general su abuso suele ser episódico.

Una intoxicación por cannabis se caracteriza por tener un estado de euforia, ansiedad, ideas paranoides, distorsión del sentido del tiempo, aumento de la sensibilidad para los estímulos externos, deterioro de la capacidad de juicio, además de tener un deterioro en la atención, la memoria y el rendimiento psicomotor. A esto se le puede sumar, los síntomas físicos como son la irritación conjuntival, sequedad de boca, taquicardias y un ligero aumento del apetito<sup>28</sup>.

Un estudio realizado en Estado Unidos verificó que la relación entre la frecuencia y la cantidad de consumo y la dependencia del cannabis, está asociado con la probabilidad de dependencia. Pero está confirmado que un consumo diario no implica dependencia, en cambio, si el sujeto aumenta las cantidades de cannabis y su efecto se prolonga en periodos largos de tiempo puede ayudar a crear la dependencia. Por otra parte, si el consumo de cannabis lo mezclamos con otro tipo de drogas aumenta considerablemente la probabilidad de dependencia. Asimismo, respecto a la edad del consumidor, son más susceptibles los adolescentes que los adultos<sup>29</sup>.

### 3.1.2.3 COCAÍNA

La cocaína es un alcaloide procedente de las hojas del Eritroxilon coca, un arbusto que se cultiva en las Andes <sup>28</sup>, es un compuesto que se encuentra en el mercado en diversas presentaciones.

La podemos encontrar como pasta de coca o como sulfato de cocaína que se obtiene cuando se trata las hojas con un solvente orgánico como el queroseno, únicamente se consume fumada en pipa y en cigarro mezclada con el tabaco o con el cannabis a esto se le llama "basuco"<sup>28</sup>. También podemos localizarla como pasta básica tratada con éter y ácido clorhídrico que da lugar al polvo blanco cristalino de sabor amargo, que es muy soluble en agua, conocida como clorhidrato de cocaína. Se administra vía venosa o vía intranasal, este último es el más común debido a la intensa vascularización de la mucosa nasofaringe, ya que la absorción es mucho más rápida, así como sus efectos. A veces, se puede

combinar con la heroína (speed ball) para evitar efectos rebote de la cocaína<sup>28</sup>. Por último, se podría obtener el *crack*, que se obtiene con el proceso del clorhidrato de cocaína, bicarbonato de sodio y amoníaco, obteniendo exclusivamente el alcaloide. Únicamente se podría consumir fumándola, es más adictiva y con efectos médicos muchas más grave siendo la más consumida por los jóvenes. Sus efectos son inmediatos y muy fugaces, por esa razón, se crea un consumo compulsivo y frecuente produciendo una dependencia psicológica que resulta casi imposible abandonar su consumo.<sup>28</sup>

Esta droga accede directamente en el sistema nervioso central (SNC) a través del torrente sanguíneo manifestando una sensación agradable, anestésica local y estimulante a quién lo consuma. La acción en sangre se destruye rápidamente, por lo que sus efectos durarán como máximo 10 minutos. El uso frecuentemente de la cocaína puede provocar una serie de cambios conductuales y psicológicos que incluyen: depresión, insomnio, irritabilidad, anhedonia, falta de apetito, aislamiento social, falta de energía. También puede provocar alteraciones en la atención y problemas de memoria, disfunción sexual e ideación paranoide.<sup>28</sup>

Se puede distinguir dos formas diferentes de consumir cocaína, el uso episódico y el crónico. Cuando una persona consume la cocaína fumada o por vía endovenosa, el proceso desde el consumo ocasional hasta el abuso o la dependencia es muy rápido. En cambio, cuando el consumo es vía intranasal, esa progresión puede ser mucho más lenta entre un par de meses o incluso al año después de haber comenzado el consumo. La intoxicación aguda por cocaína puede conducir a estados de euforia, alerta, agitación, actividad social, agresividad, sensación de grandiosidad, incluso trastornos cardiorrespiratorios que pueden llegar a la muerte súbita, además, se puede establecer trastornos de ansiedad, trastornos afectivos y esquizofrenia paranoide. En cuanto al deseo sexual, la cocaína incrementa el deseo y mejora el rendimiento.<sup>13</sup>

Cuando el consumidor interrumpe o reduce la cantidad de droga consumida de manera brusca presentará un estado de ánimo disfórico junto con síntomas de fatiga, insomnio, hipersomnia, incluso agitación psicomotriz. A esto se denomina “trastorno por abstinencia de cocaína”.<sup>14</sup>

#### 3.1.2.4 HEROÍNA

En el antiguo Egipto, se empezó a usar el opio con fines creativos, religiosos y medicinales. La heroína fue sintetizada a partir de la morfina, este fármaco fue comercializado como sedante, antitusígeno y como sustitutivo de la morfina, con la creencia de que era menos adictiva<sup>30</sup>. Se comercializó por primera vez en 1898 como potente analgésico, remedio contra la tos, el asma y la tuberculosis, pero fue retirada por su alta dependencia física.

El opio procede de *Papaver somniferum*, la cápsula de la planta excreta una sustancia blanca que corresponde al opio crudo. Este contiene muchos alcaloides siendo el principal la morfina. La heroína es

un producto semisintético obtenido por acetilación de la morfina, su nombre químico corresponde a diacetilmorfina, y es el opiáceo ilegal más utilizado como droga de abuso <sup>31</sup>.

Al igual que otras drogas, la heroína la podemos encontrar de tres maneras diferentes: base, la más conocida como “Brown sugar” por su aspecto terroso y por último la variedad tailandesa <sup>32</sup>. La vía de administración más común es la intravenosa ya que es la más eficaz y la más usada hasta el descubrimiento del SIDA. Actualmente la vía fumada o inhalada es la más extendida, la sustancia se calienta y se inhala los vapores. Esta droga también es conocida como caballo, jaco, reina, entre otros apodos.<sup>33</sup>

La heroína actúa rápidamente en el sistema nervioso central, llega al cerebro en 15-30 segundos lo que aumenta el riesgo de la dependencia, produciendo una inhibición de la actividad eléctrica neuronal y una liberación de neurotransmisores. Cuando la heroína se consume a los pocos segundos provoca una sensación de subidón o “flash” que consiste en una sensación muy agradable de calor que posteriormente se convierte en euforia y relajación con una duración de 5-15 minutos, seguida del llamado “flooding” o profunda sensación de bienestar, somnolencia, letargia y enlentecimiento motor durante unas 4 a 8 horas <sup>30</sup>. La heroína, puede tener otros efectos como inhibidor la conducta sexual, es decir, tanto las mujeres como los hombres notarán una disminución del deseo y placer sexual.<sup>13</sup>

La intoxicación por esta sustancia puede ser mortal ya que provocaría una depresión respiratoria, a esto se le suma miosis y deterioro del estado de conciencia. Cuando el consumidor suspende o reduce la dosis de heroína se produce el conocido síndrome de abstinencia que se divide en tres etapas: <sup>30</sup>

- La primera etapa aparece rinorrea, lagrimeo, bostezos, ansiedad y sudoración.
- La segunda etapa se manifiesta con midriasis, piloerección, dolores y contracturas musculares, diaforesis, ansiedad e irritabilidad.
- Y, por último, la tercera etapa, se presenta con espasmos musculares e intestinales, vómitos y diarrea.

A diferencia de otras drogas, la heroína produce una gran complicación infecciosa, ya que el uso de la droga inyectada con jeringas contaminadas aumenta el riesgo de contraer diversas infecciones como por ejemplo por *Estafilococcus Aereus* afectando a la piel, los tejidos blandos o los pulmones, además tienen un riesgo mayor de contraer el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)<sup>30</sup>.

#### 4 PATOLOGÍA DUAL

Se define patología *dual* “como un conjunto de cuadros clínicos en los que coexisten un trastorno por uso de drogas y una alteración psiquiátrica”. Se puede tratar de sustancias legales como puede ser el alcohol, o de sustancias ilegales como la cocaína. También podemos hablar de otro tipo de adicciones como a los juegos, a las compras y al sexo. Es importante saber, que tanto la patología psiquiátrica como

la adictiva pueden ser causa o resultado de la otra. Los términos *diagnóstico dual*, *comorbilidad*, y *conurrencias* son sinónimos de patología dual.<sup>13</sup>

Se han expuesto diversas teorías sobre una posible relación entre los trastornos por uso de sustancia y los trastornos psiquiátricos<sup>34</sup>:

- La *Teoría de la Neurotoxicidad* (Volkow, Koob, & McLellan, 2016)<sup>34</sup> propone que los trastornos psiquiátricos aparecen como consecuencia de los efectos tóxicos, directos o indirectos de la droga sobre el sistema nervioso central. Las disfunciones de los sistemas de neurotransmisión (serotoninérgico, gabaérgico y noradrenérgico) pueden explicar los episodios de ansiedad. También se ha relacionado con la sintomatología depresiva, añadiéndole la disfunción dopaminérgica<sup>31</sup>. Una de las limitaciones de esta teoría es que no explica la presencia de trastornos mentales previos al consumo de sustancias (Rodríguez Jiménez et al., 2010, Rubio, 2000).<sup>35</sup>
- La *Hipótesis de la Automedicación* (Khantzian, 1985) expone que los pacientes que padecen síntomas psiquiátricos hacen uso de las drogas para aliviar esos síntomas, lo que existe un mayor riesgo de adicción, por ejemplo, los individuos diagnosticados de trastornos de la personalidad es más probable que elijan el alcohol, la cocaína o la heroína para mitigar sus síntomas. El problema de esta teoría es que no explica adecuadamente una relación entre los síntomas que se querían modificar y los efectos de la sustancia (Lembke, 2012).<sup>35</sup>
- El Modelo de los factores comunes plantea que tanto los trastornos mentales como los trastornos por uso de sustancias se deben a un factor biológico, psicológico o social. Una gran parte de las investigaciones se centraron en la debilidad biológica, factores genéticos y la función de los neurotransmisores en ambos trastornos. Sin embargo, a pesar de diferentes estudios, no se ha podido apoyar esta teoría (Rodríguez-Jimenes, Bagnéy, Peñas, Gómez y Aragués, 2010).<sup>35</sup>

Estos pacientes podrían presentar síntomas, no sólo de cualquier trastorno mental sino los efectos adversos que puede ocasionar la adicción a las sustancias. El tipo de tratamiento establecido para pacientes con patologías dual se determinará dependiendo del trastorno que padezca y la ayuda que necesite con la adicción. Es muy importante que el paciente reconozca el problema que presenta, una vez aceptado, se podrá tratar la enfermedad<sup>36</sup>.

## 5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Como personal de enfermería debemos establecer un plan de cuidado de usuarios con patología dual en los diferentes centros, a partir de los resultados obtenidos en la muestra. Se mantendrá una buena relación terapéutica, puesto que nuestra figura como enfermera es muy importante, ya que establecemos el mayor vínculo y acompañamiento al paciente, esto favorecerá al cumplimiento farmacológico, la reducción del consumo y la prevención de las recaídas.<sup>37</sup>

Las intervenciones que realiza la enfermería en un paciente con patología dual serían las siguientes:<sup>37</sup>

- Realización de una valoración inicial y continúa del paciente. Es decir, se realizará una valoración holística continua. Es necesario tener en cuenta los antecedentes psicopatológicos familiares y propios, el estado físico del paciente y es muy importante conocer la salud familiar. Esta valoración la realizaremos en base a los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Controles regulares de las constantes vitales (TA, FC, FR, y glucemia) y evaluación del estado físico.
- Administración de fármacos, incluyendo preparación y supervisión de la toma.
- Realización de analíticas de orina y sangre para detectar el uso de sustancias y de posibles enfermedades infecciosas.
- Mantener un control y vigilancia de la sintomatología.
- Prevención de las recaídas en el consumo de sustancias, de las psicosis y detección de las recaídas. Existen una serie de factores que ayudarían al paciente a evitar la recaída y otras que pueden precipitarlas. Por esa razón, están los factores de riesgo que son aquellos que suponen un peligro y como consecuencia la persona termina recayendo, mientras que los factores de protección ayudan a que el paciente no recaiga en el consumo.
- También, es muy importante la gestión emocional del usuario y proporcionar psicoeducación para evitar los cambios conductuales y establecer un ámbito sano.
- Valorar la adherencia al tratamiento y mantenerla en niveles óptimos. Esto lo conseguiría aceptando el tratamiento y formando parte de él, evitar las conductas de riesgos, incorporar conductas saludables al estilo de vida (p. ej. Realizar ejercicio físico regularmente, evitar el estrés y evitar el consumo de sustancias) y participar activamente en las sesiones de psicoterapia.
- Fomentar la colaboración familiar en la psicoeducación.

A pesar de que la figura de la enfermera es importante, debemos destacar que en algunos centros como es el caso de la Unidad de Atención a la Drogodependencia no existe su figura, por lo tanto, ciertas intervenciones son realizadas por otro personal, sobre todo en los controles de drogas.

## 6 JUSTIFICACIÓN

---

Hay un elevado número de personas a las que el consumo de drogas les ocasiona algún trastorno psiquiátrico, y a su vez en otras personas el padecer una enfermedad psiquiátrica puede favorecer el consumo de sustancias tóxicas. A pesar de ello hasta la fecha no hay ningún estudio que intente correlacionar el consumo previo de droga con una enfermedad psiquiátrica secundaria a dicho consumo. Con la hipótesis de que tener enfermedades psiquiátricas predispone a consumir drogas y viceversa, el propósito de este proyecto de investigación es poder obtener información sobre los factores de riesgo que predisponen a padecer esta patología y así poder incidir de forma preventiva sobre ellos. Se tendrá en cuenta qué patologías psiquiátricas originan que el paciente consuma determinadas sustancias tóxicas como vía de escape para paliar los síntomas ocasionados por el trastorno y qué tipo de droga consumida previamente predisponen a desarrollar una enfermedad psiquiátrica específica.

Utilizando como herramienta una encuesta a los enfermos afectados que incluya varios ítems sobre diferentes condiciones socioeconómicas y culturales que podrían condicionar el desarrollo de la enfermedad dual, se podría identificar aquellos grupos de riesgo poblacional. Conocidos estos grupos de riesgo, se podría llevar a cabo intervenciones preventivas dirigidas al paciente psiquiátrico o consumidor de sustancias tóxicas para evitar o mejorar su patología.

## 7 OBJETIVOS

---

### 7.1 Objetivo general:

- Comprobar que tipo de droga predispone a padecer una enfermedad psiquiátrica específica y que tipo de enfermedad psiquiátrica predispone a consumir determinadas drogas en el área norte de salud de Tenerife.

### 7.2 Objetivos específicos:

- Obtener información sobre factores específicos de riesgo que precipiten la enfermedad dual y así, poder incidir preventivamente sobre ellos para disminuir la incidencia de esta patología.
- Determinar a qué edades son más frecuentes la patología dual.
- Verificar si las malas condiciones de trabajo, nivel de estudio bajo predisponen a padecer la enfermedad dual.
- Determinar si otras condiciones socioculturales se asocian a la enfermedad dual.

## 8 METODOLOGÍA

---

### 8.1 Diseño del estudio

Se llevará a cabo un estudio descriptivo, de corte trasversal y cuantitativo, a través de un cuestionario de elaboración propia (Anexo 6).

### 8.2 Población y muestra del estudio

La población elegida para este estudio serán pacientes que padezcan patología dual, que acudan a las Unidades de Atención a las Drogodependencias del área norte de Tenerife (UADS), a las consultas de La Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias o a las Unidades de Salud Mental del área norte de Tenerife. Además, deben tener edades comprendidas entre 20 y 50 años.

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra cuando se desconoce el tamaño de la población es la siguiente:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

- **n**= Tamaño de la muestra
- **Z**= Nivel de confianza. Si no se dispone de su valor se toma en relación con el 95% de confianza que equivale a 1,96.
- **p**= Probabilidad de éxito o proporción esperada. Dado que se desconoce el valor de p, se opta por la aproximación más conservadora siendo (p=0,5)
- **q**= Probabilidad de fracaso. (q=1-p → q= 1-0,5=0,5)
- **d**= Margen de error (en este caso tiene que ser inferior al 3%) (2,5%= 0,025)

Tras sustituir los valores en la fórmula, el tamaño de la muestra requerido para nuestro estudio, con un nivel de confianza del 95% y asumiendo un 2% de error, la muestra será de 1.521 personas.



### 8.2.1 Criterios de inclusión

- Padecer alguna de las siguientes enfermedades psiquiátricas: Esquizofrenia, TDAH, Trastorno Bipolar, Depresión y Trastornos de la Personalidad.
- Padecer trastornos de adicción causados por alguna de las siguientes sustancias tóxicas alcohol, cannabis, cocaína y heroína. Pudiendo ser varias de ellas de forma simultánea.
- Rango de edad entre 20-50 años.
- Personas que quieran participar voluntariamente.
- Pacientes que acudan a la Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD) de La Matanza, Los Realejos, Puerto de la Cruz y La Laguna.
- Pacientes que acudan a la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias, o a las Unidades de Salud Mental de La Laguna, Tacoronte, Puerto de la Cruz.

### 8.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que acudan a otro tipo de recursos, por ejemplo: Alcohólicos Anónimos.
- Pacientes que acudan a otra Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD).
- Pacientes que acudan a otra Unidad de Salud Mental.
- Pacientes que padezcan otro tipo de trastorno o adicción. Por ejemplo: ludopatías, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos disociativos, etc.
- Rechazar participar en el estudio.

Los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, se les solicitará el consentimiento informado por escrito, siendo el único documento donde se registre sus datos personales y el consentimiento para la participación en el estudio de forma activa.

### 8.3 Variables del estudio

- Variable independiente: consumo previo de droga
- Variable dependiente:
  - Edad (entre 20-50 años)
  - Sexo (hombre- mujer)
  - Tipo de droga de consumo (alcohol, cannabis, cocaína, heroína)
  - Tipo de patología psiquiátrica (Esquizofrenia, TDAH, Trastorno Bipolar, Depresión y Trastorno de Personalidad).
  - Tipo de recursos (Unidades de Atención a las Drogodependencias(UADS) de La Laguna, La Matanza, Los Realejos, El Puerto de la Cruz. Unidad de Salud Mental del

Hospital Universitario de Canarias y a las Unidades de Salud Mental de La Laguna, Tacoronte y Puerto de la Cruz.)

- Situación laboral (En paro, contratos eventuales, situación laboral estable)
- Nivel de estudios (Sin estudios, estudios básicos, estudios superiores, titulación universitaria).
- Convivencia (solo, pareja, familia)

#### 8.4 Material y métodos

Para elaborar este proyecto de investigación se ha realizado búsqueda de información bibliográfica en fuentes como Elsevier, Scielo, mediante los buscadores Punto Q, PubMed, Google Académico, revistas electrónicas de sanidad disponibles, páginas web de la Organización Mundial de la Salud, así como consultas de libros, en este caso Introducción de la psicopatología y psicología o la Guía de consultas de los criterios diagnósticos.

Para la elaboración del marco teórico se han utilizado criterios para la selección de los artículos:

- Artículos que se encuentren actualizados dentro del periodo de búsqueda [2000-2020]
- Artículos que disponen del texto completo.
- Artículos en español e inglés.
- Artículos seleccionados a partir de las palabras claves.

Para la búsqueda de información se utilizaron descriptores DeCs: patología dual, trastornos mentales, consumo de tóxicos, esquizofrenia, hiperactividad, depresión, trastornos bipolares, depresión, trastornos de la personalidad, drogas, alcohol, cannabis, cocaína y heroína.

#### 8.5 Recogida de datos

El estudio se realizará durante 9 meses, desde septiembre de 2020 a mayo de 2021, aquellos usuarios que acudan a la Unidades de Atención a la Drogodependencia o a las Unidades de Salud Mental del área norte de Tenerife o al Hospital Universitario de Canarias, únicamente los pacientes que padezcan patología dual.

Se contará con la colaboración del personal de cada centro, para que le hagan entrega del tríptico informativo (Anexo 3) aquellos usuarios que entren dentro de los criterios de inclusión.

Los datos del estudio se obtendrán tras solicitar a los participantes que rellenen una encuesta de creación propia que nos informará si los usuarios padecen alguna patología psiquiátrica y si al mismo tiempo consume alguna sustancia tóxica. El cuestionario consiste en 13 preguntas sencillas, la mayoría de ellas con varias opciones pudiendo señalar una o varias respuestas.

## 8.6 Sesgo

Los profesionales de cada centro me ayudarán a realizar la selección de los usuarios que formarán parte del estudio o no, por esa razón, van a surgir sesgos:

- Personas que padezcan patología psiquiátrica o patología adictiva, pero sin confirmación diagnóstica contrastada (por ej. Sin segunda opinión profesional).
- Posibles errores de omisión por parte del profesional colaborador al no monitorizar a algún paciente.

## 8.7 Plan de trabajo

En primer lugar, se solicitará permiso a la supervisora del servicio de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias, también se pedirá el consentimiento al Comité Ético del Hospital Universitario (Anexo 1). Una vez adquirido los permisos y la aceptación del Comité Ético Hospitalario se podrán empezar con el desarrollo del proyecto.

Así mismo, debemos acudir a las Unidades de Atención a las Drogodependencias y a las Unidades de Salud Mental del área norte de Tenerife para solicitar el permiso de los coordinadores de cada centro para poder realizar nuestro proyecto de investigación.

Posteriormente, informaré a los profesionales de cada centro para explicarle en qué consiste la investigación, y con ayuda de ellos me encargaré personalmente de realizar una selección de aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión del estudio, así como de hacer la entrega y explicación detallada de un tríptico informativo (Anexo 3) que ayudará a los usuarios a conocer y entender este proyecto. Así mismo, les comunicaré que días estaré por las instituciones para concretar las fechas de las citas, que coincidirá con su asistencia al centro.

Una vez concretada las citas, me dispongo acudir una vez a la semana a las Unidades de Atención a las Drogodependencias de la Matanza, Los Realejos, El Puerto de la Cruz y La Laguna, a las Unidades de Salud Mental de la zona norte de Tenerife y a la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias, para reunirme con los posibles participantes y explicarles detalladamente el estudio que voy a realizar. Les haré entrega de la hoja informativa (Anexo 4) y el consentimiento informado (Anexo 5) para que lo firmen en caso de participar en el estudio. Una vez firmado el consentimiento, les haré entrega de la encuesta (Anexo 6) para rellenarla. También se deberá tener en cuenta que se cumpla los criterios de inclusión y no se cumpla ninguno de los criterios de exclusión para poder participar en la misma.

A través del personal de cada institución, haré un registro del número de pacientes que acuden a cada centro, y haré selección de aquellos pacientes que entren dentro del criterio de inclusión consuman drogas (cannabis, cocaína, heroína y alcohol) y al mismo tiempo padezcan alguna patología psiquiátrica (esquizofrenia, trastorno de la atención e hiperactividad, trastornos bipolares,

depresión y trastornos de la personalidad). Es importante, recordarles que pueden abandonar en cualquier momento la investigación y que le facilitaré una cuenta de correo para cualquier duda. El tiempo necesario para realizar las tareas no se excederá de los 10 minutos.

Una vez que se tienen todas las encuestas de los colaboradores que definitivamente han decidido participar en el estudio, se vaciarán los sobres y se descargarán los datos obtenidos.

## **8.8 Análisis estadístico**

Una vez hemos obtenidos todos los cuestionarios, se procederá al análisis de datos mediante el programa estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 para Windows. Los resultados de las variables continuas se presentarán en media y desviación estándar, y las de las variables categóricas como frecuencias y porcentajes. Las comparaciones entre grupos de variables cuantitativas y ordinales se llevarán a cabo mediante el análisis de la varianza (ANOVA) o de Mann-Whitney, según procediese. Las comparaciones de proporciones entre grupos se realizarán con la prueba de chi cuadrado o exacta de Fisher, según procediese. La correlación entre variables cuantitativas y/u ordinales se realizar con el test de Spearman. Se consideraron significativos los valores de  $p < 0,05$ .

## **8.9 Difusión de los resultados**

Los resultados obtenidos en la investigación se llevarán a cabo a través de revistas de difusión científica, intentando que sea en aquellas que tengan un mayor impacto posibles en función de la calidad del presente trabajo. Además, se facilitará los resultados a los tres centros para aquellos usuarios que tengan interés en conocerlos.

## **8.10 Aspectos éticos**

Con el objetivo de poder llevar a cabo este estudio, es importante solicitar una autorización a los coordinadores de las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UADS) del área norte de Tenerife, a las Unidades de Salud Mental del área norte de Tenerife y a la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias.

Se les solicitará a los usuarios de cada centro el consentimiento informado por escrito, siendo éste la confirmación para la participación en el estudio. El estudio no tiene ningún riesgo para los participantes, ya que se trata de que rellenen una encuesta, para conocer si presentan trastornos duales. Se tendrá en cuenta guardar la identidad del usuario participante, de manera que no exista forma alguna de saber quién contestó los cuestionarios; y por tanto no podrá sentir humillación o miedo alguna represalia.

## 9 LOGÍSTICA

### 9.1 CRONOGRAMA

MESES	AÑO 2020				AÑO 2021				
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Solicitud de los permisos									
Reunión con los coordinadores y supervisores de los centros y Hospital									
Entrega de cuestionarios									
Recogida de cuestionarios									
Análisis de datos									
Publicación de los resultados y conclusiones del estudio									

### 9.2 PRESUPUESTO

CONCEPTO	CANTIDAD	TOTAL
Gasto de impresión:		
• Compromiso ético	8 x 0,05€	0,40€
• Trípticos	1521 x 0,05€	76,05€
• Compromiso del investigador	8 x 0,05€	0,40€
• Hoja de información del participante	1521 x 0,05€	76,05€
• Consentimiento informado	1521 x 0,05€	76,05€
• Encuesta	1521 x 0,05€	76,05€
Material de oficina:		
• Bolígrafos	2 paquetes	2€
• Sobres	10	2€
• Grapadora	1	5€
• Paquete de grapas	1	4€
Gastos de transporte	Coche personal	100€
Programa estadístico SPSS	Por encuesta	1000€
<b>Total</b>		<b>1546,05€</b>

## 10 CONCLUSIÓN

---

El propósito de este trabajo es contrastar la relación entre los trastornos psiquiátricos y el consumo de tóxicos. Con los resultados obtenidos se podrá realizar un plan de intervención centrado en los pacientes que padecen patologías duales. Teniendo en cuenta las diversas variables analizadas, el principal objetivo es obtener información de los factores de riesgo socioeconómicos, culturales de las personas afectadas para poder intervenir de forma preventiva sobre ellos.

Este trabajo aportaría datos pocos conocidos como sería el hecho de conocer las condiciones socioeconómicas, culturales de aquellos pacientes consumidores de drogas o de aquellos pacientes psiquiátricos que le conllevan a la patología dual. Esto permitiría en el marco de la enfermería clínica el mejor conocimiento de estos enfermos, pudiendo seleccionar aquellos grupos de mayor riesgo. A estos, se les podría aplicar un tratamiento preventivo más intensivo incluyendo apoyo familiar y derivaciones a instituciones sociosanitarias como asistencia social para mejorar sus condiciones de vida, y con ello la prevalencia de la patología.

## 11 BIBLIOGRAFÍA

---

1. Coullaut-Valera R, Arbaiza- Díaz del Río I, De Arrúe-Ruiloba R, Coullaut-Valera J, Bajo-Bretón R. Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. Actas Esp Psiquiatría [revista en Internet] 2011 [febrero 2020]; 39(3):168-73. Disponible en: [https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema6/documentos/C14D\\_1.pdf](https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema6/documentos/C14D_1.pdf)
2. Méndez Guerrero A, Gata Maya D, Domingo Santos A, Bermejo Pareja F. Patología neurológica en intoxicaciones y consumo de drogas. Manifestaciones neurológicas de las formas agudas y crónicas del alcoholismo. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [revista en Internet] Abril 2015 [Abril 2020]; 11:(76),4572-4579. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215000682>
3. Baena Luna M.R y López Delgado J. Trastornos duales. Mecanismo Etiopatogénicos [Internet] 2006: 8(3): 176-181 [consultado 19 febrero 2020] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-trastornos-duales-mecanismos-etiotogonicos-13091725>
4. Arnaiz A. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental [revista en Internet]. 2006 [consultado febrero 2020]; 26: 49-59. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>
5. Luque Fuentes E. Patología dual grave en una comunidad terapéutica profesional dotada de unidad psiquiátrica [tesis doctoral] Granada: Universidad de Granada; 2011.
6. Cáseres-López M.J, González-Menéndez A, Villagra P, Hoffman S, Reinhard I. Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. [Internet] 2011 [mayo 2020]; 16 (2);135-144. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/10357>
7. Sánchez Morante Tristante M; Miñarro López J; Montoya Castilla I; Pérez Marín M. Trastorno mental y tipo de sustancia consumida: estudio piloto sobre la utilización de la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD). Revista Internacional de Investigación en Adicción [revista en Internet] 2017 [Consultado mayo 2020]; 3(2);12-20. Disponible en: <http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2017.2.03/174>
8. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2018 [Consultado Enero 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
9. Domínguez Estrada F.J, Simón Hernández J.A, Minior Granados M.O. Salud mental y drogas. Tepexi[Internet] 2019 [Consultado Enero 2020]; 12;66-7. Disponible: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/4307/6462>

10. Joffre Velázquez V.M, García Maldonado G, Saldívar González A.H, Lin Ochoa D, Sosa Herrera J. Enfermedad psiquiátrica y síndrome metabólico. Énfasis en el trastorno esquizofrénico. Medigraphic [revista en Internet] Enero-Marzo 2009 [Consultado Febrero 2020]; 72,(1);41-49.  
Disponible en:<https://pdfs.semanticscholar.org/d4b4/d66fba9a6e878202b8ef626f32170b15b0bd.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Internet].Octubre de 2019 [Consultado febrero 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
12. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4º ed. Barcelona. 2002
13. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 8ª Ed. Barcelona. Elsevier; 2015.
14. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
15. Del Río Dieguez M. Creación Artística y Enfermedad mental. [Tesis doctoral] . Madrid: Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Universidad Complutense de Madrid. 2006.
16. De la Peña Olvera F. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista Facultad de Medicina UNAM [revista en Internet] 2000 [consultado marzo 2020]: 43. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no43-6/RFM43609.pdf>
17. Hidalgo López C, Gomez Alzate A.M, García Valencia J, Palacio Ortiz J.D. Riesgo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos psiquiátricos de los hermanos de pacientes con TDAH. Revista Colombiana Psiquiátrica [revista en Internet]. 2019 [consultado marzo 2020]; 48(1); 44-49. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n1/0034-7450-rcp-48-01-44.pdf>
18. D.Ohlmeier, M; Peters K; Te Wildt, B.T; Zedler M; Ziegenbein M; Wiese B; M.Emrich H; Schneider U. Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. RET, Revista de Toxicomanías [revista en Internet] 2009 [Consultado marzo 2020];58. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/91f9/2f5f97662db2cb5c39155fe1b41cc3cd72bb.pdf>
19. J. Bradley S, et al. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4º ed. Barcelona. 2002. p. 39- 89.
20. Arrieta M; Molero Santos P. Trastorno bipolar. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [revista en Internet] 2019 [Consultado 18 marzo 2020];12 (86);5052-5066. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454121930229X>
21. Martínez Hernández O. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. Revista Médica Electrónica. [revista en Internet] Marzo-Abril 2019. [Consultado 18 marzo 2020];41(2). Disponible en: [http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3157/pdf\\_614](http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3157/pdf_614)



22. Rush J.A; Keller M.B; Bauer M.S; Dunner D; Frank E; Klein D.F.Trastornos del estado de ánimo. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4º ed. Barcelona. 2002. p. 323- 399.
23. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Enero 2020 [Consultado febrero 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
24. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatológica y la Psiquiatría, 7ª Ed. Barcelona. Elsevier, 2011.
25. Rivas, I. Factores que incidieron en el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Crea Ciencia. [revista en Internet] 2007 [consultado marzo 2020]; 6 Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/8599>
26. Valdés Iglesia A.J, vento Lezcano, C.A; Hernández Martínez, D; Álvarez Gómez, A-E; Díaz Pita, G. Drogas, un problema de salud mundial. Revista Universidad Médica Pinareña. 2018:14 (2);168-183.
27. Hidalgo Quile, M.J, Martín Peiro,I; Ruiz de Loizaga, P. Trastornos relacionados con el consumo de droga. En: Galiana Roch, J. Enfermería psiquiátrica Barcelona: Elsevier. 2016.19, 213-222.
28. Pascua F; Torres M; Calafat A. Monografía cocaína. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2001. Vol 13.
29. Looby A; Earleywine M. Consecuencias negativas asociadas a la dependencia en los consumidores diarios de cannabis. BMC [ revista en Internet]. 2007 [consultado Marzo de 2020]: 2 (3). Disponible en: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-2-3>
30. Toro Ocampo J.H; Álvarez Gómez M.L. Complicaciones del uso de la heroína parenteral: artículo de revisión. MED. U.PB. [revista en Internet] 2017 [consultado abril 2020]; 36(2);146-152. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159052395007.pdf>
31. Rodríguez, M.P; Fernández, V; Rey, M.A. Fármacos analgésicos opiáceos . Castells Molina, S; Hernández Pérez, M. Farmacología en enfermería.3ª Ed. Elsevier.8; 95-108.
32. Montoya Filardi, A; Mazón Monparler, M; Ochoa Santiago, Y; Flores Méndez, J.A; Pérez Girbés, A. Complicaciones neurológicas de las drogas de abuso[sede Web] Sociedad Española de Radiología Médica. Seram. 2018 [fecha de acceso abril 2020]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2429>
33. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Perfil de drogas heroína [Sede Web] [consultado Abril 2020] Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin\\_en#synthesis](http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin_en#synthesis)
34. Rubio G. ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. Revista Española de Sanidad Penitenciaria [revista en Internet] 2012 [Consultado Abril 2020]: 2(3). Disponible en:<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/187/415>

35. Arrico Marquez J. E. Personality in patients with dual diagnosis: The influence of severe mental illness [Internet]. Publicado 2017 [Consultado mayo 2020]. Disponible en:  
[fhttp://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/121053/1/JEMA\\_PhD\\_THESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/121053/1/JEMA_PhD_THESIS.pdf)
36. Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios. ¿Qué se entiende por patología dual? [tesis doctoral]. Universitat de Barcelona. 2017.
37. Gutiérrez Royano B. Sánchez Santiago B. Rol de la enfermería en el abordaje de pacientes con patología dual: esquizofrenia y alcoholismo [ monografía en Internet]. Universidad de Cantabria, 2019 [consultado mayo 2020] Disponible en:  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16511/GutierrezRoyanoBarbara.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## 12 ANEXOS

---

### 12.1 ANEXO 1:

#### 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**

Investigador Principal: Cristina Ávila Expósito.

Título: "Perfil descriptivo del usuario con patología dual"

En este estudio participarán como investigadores colaboradores: No habrá investigadores colaboradores.

Se adjunta protocolo para su evaluación.

La Laguna, a..... de ..... de .....

Investigador Principal

Fdo:

## 12.2 ANEXO 2:

### COMPROMISO DE INVESTIGADOR PRINCIPAL Y COLABORADORES

Dña. Cristina Ávila Expósito hace constar:

Que conoce y acepta participar como Investigador Principal en el Estudio titulado: "Perfil descriptivo en el usuario con patología dual"

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 en el RD 1720/2007 en referencia a los datos a manejar durante el estudio y el Reglamento general europeo de protección de datos 2016/679.
- Se cuenta con la colaboración de: No habrá otros colaboradores en el estudio.

En La Laguna, a ..... de .....de 2020.

**Dña. Cristina Ávila Expósito**

**Investigador Principal**



### 12.3 ANEXO 3: TRÍPTICO

**PARA CUALQUIER DUDA**



**Contactar a través del correo electrónico:  
[alu0100970531@ull.edu.es](mailto:alu0100970531@ull.edu.es)**



***“PERFIL DESCRIPTIVO DEL USUARIO CON PATOLOGÍA DUAL”***

***¡ TÚ OPINIÓN NOS IMPORTA PARTICIPA !***

Investigación realizada por Cristina Ávila, Enfermera, 2020

El objetivo principal de esta investigación es conocer si existe alguna relación entre el consumo de tóxicos y las enfermedades mentales, en los usuarios que acuden a las Unidades de Atención a las Drogodependencias y a las Unidades de Salud Mental del área norte de Tenerife.

**Es IMPORTANTE que sepa que no recibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio.**



La participación es totalmente anónima y puede abandonar en cualquier momento.

12.4 ANEXO 4

**HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** PERFIL DESCRIPTIVO DEL USUARIO CON PATOLOGÍA DUAL.

**INVESTIGADOR:** CRISTINA ÁVILA EXPÓSITO

**TELÉFONO DE CONTACTO:**

**E-MAIL:** alu0100970531@ull.edu.es

**INTRODUCCIÓN:**

Me dirijo a usted para informarle sobre el estudio de investigación que voy a realizar, me gustaría que fuera participe de él. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente.

Mi idea es que reciba la información correcta y necesaria para que pueda analizar y decidir si quiere participar o no en este estudio. Por ello, lea esta hoja informativa con atención y posteriormente si tiene alguna duda se la resolveremos encantados.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Debe saber que su participación en este estudio es totalmente voluntaria y anónima, y que puede decidir no participar o cambiar su decisión en cualquier momento.

**DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

El objetivo principal de esta investigación es conocer si existe alguna relación entre el consumo de tóxicos y las enfermedades mentales, en los usuarios que acuden a la Unidad de Atención Drogodependiente y a las consultas de Salud Mental. Se realizará un estudio descriptivo, trasversal. Para ello solicito a los usuarios que acuden a estos centros localizados en La Laguna que completen un cuestionario con preguntas variadas. Es importante que sepa, que no recibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio.

Los datos obtenidos servirán para valorar la existencia de las enfermedades mentales en los usuarios que han consumido alguna vez drogas reiteradamente.

**CONFIDENCIALIDAD**

Los datos personales serán recogidos según la aplicación de la nueva legislación en la UE sobre datos personales, en concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), es importante que conozca la siguiente información:

- Además de los derechos que ya conoce (oposición, cancelación de datos y modificación) también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar, aunque deje de participar en el estudio para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales y los requisitos de autorización de los medicamentos. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.
- Tanto el Centro como el Investigador son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle. Por tanto, su identidad no será relevada a ninguna otra persona salvo a las autoridades sanitarias, cuando así lo requieran o en caso de emergencia sanitaria. Los Comités de Ética de la Investigación, los representantes de la Autoridad Sanitaria en materia de inspección y el personal autorizado por el Promotor, únicamente podrán acceder para comprobar los datos personales, los procedimientos del estudio clínico y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (siempre mantenido la confidencialidad de la información).

El Investigador está obligado a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 25 años tras su finalización. Posteriormente, su información personal solo se conservará por el centro para el cuidado de su salud y por el promotor para otros fines de investigación científica si usted hubiera otorgado su consentimiento para ello, y si así lo permite la ley y requisitos éticos aplicables.

## **INFORMACION ADICIONAL**

Como exige la ley, para participar activamente deberá firmar y fechar el documento de consentimiento informado.

El investigador principal de este estudio es Cristina Ávila Expósito. Si durante la realización de este estudio le surge alguna duda, cuestión puede ponerse en contacto con ella.



## 12.5 ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Estudio: “Perfil descriptivo del usuario con patología dual”.**

Yo,.....

(nombre y apellidos del participante)

- He leído la hoja de información que me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: CRISTINA ÁVILA EXPÓSITO

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que se preservará en todo el momento mi anonimato.
- Que los datos sólo serán usados para la finalidad inicial con la que fueron solicitados.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - a. Cuando quiera.
  - b. Sin tener que dar explicaciones.
  - c. Sin que esto tenga ningún tipo de repercusión hacia su persona.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Una vez firmada, se le entregará una copia del documento de consentimiento.

La Laguna, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2020.

Firma del participante:

Nombre:

Fecha:

Firma del investigador:

Nombre: Cristina Ávila Expósito

Fecha:

## 12.6 ANEXO 6

### CUESTIONARIO

#### **“PERFIL DESCRIPTIVO DEL USUARIO CON PATOLOGÍA DUAL”**

1. **Sexo:**
  - a. Hombre
  - b. Mujer
  
2. **¿Qué edad tienes?** \_\_\_\_\_
  
3. **¿Cuál es tu estado civil?**
  - a. Soltero
  - b. Casado
  - c. Separado/ divorciado
  - d. Viudo
  - e. Otro
  
4. **¿Cuál es tu nivel de estudios?**
  - a. Sin estudios
  - b. Estudios básicos (Titulación ESO/Formación profesional media)
  - c. Estudios superiores (Titulación Bachillerato/ Formación profesional superior)
  - d. Título Universitario
  
5. **¿Cuál es tu situación laboral?**
  - a. En paro
  - b. Contratos eventuales o parciales con salario mínimo
  - c. Situación laboral estable (indefinido o fijo)
  
6. **¿Con quién vives actualmente?**
  - a. Solo
  - b. Pareja
  - c. Familia
  - d. Otro
  
7. **¿Qué tipo de droga consume? Puede marcar varias opciones, si así lo requiere.**
  - a. Alcohol
  - b. Cannabis
  - c. Cocaína
  - d. Heroína
  - e. Otras
  
8. **¿A qué edad comenzó a consumir?** \_\_\_\_\_
  
9. **¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad mental? SI / NO**

**10. ¿Dónde fue diagnosticado el trastorno?**

- a. Unidades de Atención a las Drogodependencias (UADS) (La Laguna, La Matanza, El Puerto de la Cruz, Los Realejos)
- b. Unidad de Salud Mental(La Laguna, Tacoronte, El Puerto de la Cruz)
- c. Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias (HUC)
- d. Otros recursos

**11. ¿El consumo de droga fue antes o después del diagnóstico? ANTES / DESPUÉS**

**12. ¿A qué tipo de recursos acude?**

- e. Unidades de Atención a la Drogodependencias (UAD) (La Laguna, La Matanza, El Puerto de la Cruz, Los Realejos)
- a. Unidad de Salud Mental (La Laguna, Tacoronte, El Puerto de la Cruz)
- b. Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias (HUC)

**13. ¿Qué tipo de trastorno le han diagnosticado? Puede marcar varias opciones, si así lo requiere.**

- a. Esquizofrenia
- b. Hiperactividad (TDAH)
- c. Trastorno Bipolar
- d. Depresión
- e. Trastorno de la Personalidad
- f. Otras