



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
“Dr. Dacio Crespo”

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico (2016-17)

**Trabajo Fin de Grado**

**“Consumo de sustancias y vulnerabilidad al  
padecimiento de enfermedades mentales  
graves”**

Alumno/a: Alba Granja Rubio

Tutor/a: Fermina Alonso del Teso

JUNIO, 2017

# INDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCION.....	4
2.1 ETIOPATOGENIA.....	5
2.2 EPIDEMIOLOGIA .....	6
2.3 CLASIFICACION DE LAS DROGAS .....	7
2.4 CONCEPTO DE PATOLOGIA DUAL.....	12
2.5 IMPORTANCIA Y GRAVEDAD DEL PACIENTE CON PATOLOGIA DUAL .....	13
2.6 ETIOPATOGENIA EN PATOLOGIA DUAL.....	13
2.7 EPIDEMIOLOGIA EN PATOLOGIA DUAL .....	14
2.8 ¿EN QUE SE BASAN LOS PROFESIONALES EN SALUD MENTAL PARA EL DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGIA DUAL? .....	15
2.9 RELACION DE LAS PRINCIPALES PATOLOGIAS MENTALES CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	16
2.10 JUSTIFICACION .....	20
2.11 OBJETIVOS.....	21
3. MATERIAL Y METODOS .....	22
4. RESULTADOS.....	23
4.1 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y VULNERABILIDAD AL CONSUMO DE SUSTANCIAS ..	23
4.2 ESQUIZOFRENIA Y VULNERABILIDAD AL CONSUMO DE SUSTANCIAS .....	26
4.3 TDAH Y VULNERABILIDAD AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	27
4.4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y VULNERABILIDAD AL CONSUMO DE SUSTANCIAS .....	28
4.5 PERFIL GENERAL DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA DUAL.....	29
4.6 PAPEL DE LA ENFERMERIA EN PATOLOGIA DUAL.....	30
5. DISCUSION .....	32
5.1 CONCLUSIONES.....	33
6. BIBLIOGRAFIA .....	34

## 1. RESUMEN

Introducción: Los trastornos por abuso de sustancias generan una problemática social, médica y psicológica. Las adicciones han evolucionado, las drogas son a día de hoy utilizadas como recurso socializador y productor de placer sin conocer el fuerte papel introductor a trastornos adictivos. Es en este punto donde encontramos una doble problemática, la asociación de estas sustancias a una enfermedad mental grave, lo que desde hace unas décadas se denomina Patología Dual.

Objetivos: La realización de una búsqueda bibliográfica para conocer el funcionamiento y la importancia sobre la comorbilidad del abuso de sustancias y enfermedades mentales e identificar el papel de enfermería en este ámbito.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos como: Pubmed, Scielo y LILACS. Posteriormente se clasificaron los artículos que se consideraron adecuados para la realización del trabajo.

Resultados: Las principales comorbilidades se dan en pacientes consumidores de estimulantes como la cocaína y el cannabis, y de sustancias depresoras entre las que destaca el alcohol. La vulnerabilidad a desarrollar un trastorno u otro depende de varios factores, así como del intento de paliar la sintomatología y de las características individuales de cada paciente. De esto deriva la importancia del papel de la enfermera dentro de un equipo multidisciplinar.

Discusión: El patrón de desarrollo de la patología dual difiere dependiendo de la enfermedad mental y el tipo de sustancia de abuso. Se comprueba que no siempre la patología precede al consumo.

Conclusiones: La patología dual se desarrolla bajo un esquema de causa/efecto que tiene como desencadenante la sintomatología de una patología psiquiátrica. La gravedad de estos pacientes dificulta su abordaje y tratamiento, haciendo imprescindible el rol enfermo.

**Palabras clave:** Drogas, comorbilidad, trastorno mental, patología dual.

## 2. INTRODUCCION

La adicción supone a día de hoy una problemática a nivel social, psicopatológico y profesional, pero debemos saber que el consumo de sustancias es un concepto que se remonta en el tiempo tanto como lo hace la historia de la humanidad. Durante siglos se han consumido productos vegetales o sustancias derivadas de los mismos para conseguir resultados con los que optimizar el rendimiento en un trabajo o como remedios en rituales realizados por curanderos.<sup>1</sup> De este modo desde hace cientos de años se consume hoja de coca en diferentes puntos geográficos de Sudamérica, como en Colombia, donde el consumo de esta hoja masticada es parte de una tradición en la que se sabe que este producto potencia la capacidad para mantenerse despierto y alerta. Poniendo un ejemplo, es sabido que los taxistas de estas regiones consumen hoja de coca para poder estar más horas despiertos y realizar mayor número de carreras.

A lo largo de la historia el consumo de sustancias se ha convertido en algo más que en un remedio para el sueño o para alguna dolencia. Desde hace generaciones el consumo se realiza en base a una socialización, a la aceptación en una comunidad y a la búsqueda de diversión. En los últimos años se han dado a conocer gran cantidad de estudios sobre las drogas, el consumo y las adicciones, aun así, a día de hoy se desconoce la fina línea que existe entre el consumo por placer y el consumo bajo un patrón de dependencia. De este modo vamos a aclarar y diferenciar conceptos:

- Droga: La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como droga *“toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.”*<sup>2</sup>
- Abuso: Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo y recurrente en el tiempo. El patrón se manifiesta durante al menos un mes y normalmente de forma peligrosa. Este concepto no indica necesariamente una

dependencia a la sustancia de abuso, un síndrome de abstinencia a su retirada o una compulsividad, pero sí consecuencias dañinas.<sup>3</sup>

- Dependencia: La OMS define dependencia como *“síndrome caracterizado por un comportamiento dirigido prioritariamente a la obtención de una sustancia psicoactiva determinada, en detrimento de otros comportamientos más necesarios e importantes.”*<sup>3</sup>

## 2.1 Etiopatogenia

Respecto a la etiopatogenia en el consumo de sustancias se ponen de manifiesto diversos factores:

- Los factores genéticos suponen un alto porcentaje de la variabilidad individual de la adicción, siendo la heredabilidad válida para casi todo tipo de sustancias. El polimorfismo de los genes está directamente relacionado con la vulnerabilidad a la dependencia, por otro lado el consumo de sustancias es capaz de cambiar la expresión genética y hacer a un individuo aún más vulnerable.

La relación de ciertos alelos con el consumo de sustancias psicoactivas ha hecho posible la utilización de estos como marcadores genéticos.

- Otro gran porcentaje de variabilidad está representado por los factores ambientales a los que nos exponemos a lo largo de la vida. Los factores socioculturales, familiares y conductuales tienen una gran importancia en el desarrollo de la persona, así podemos ver una serie de características en el entorno del paciente adicto, como pueden ser:

- Factores socioculturales: Unas condiciones de vida difíciles o una presión grupal derivada de una cultura del consumo en ese ámbito.<sup>1,4</sup>

- La familia es un factor muy importante, una familia desestructurada con pérdida de roles, disfuncional o incluso consumidora supone un antecedente de gran importancia en el paciente y una normalización del consumo desde las primeras etapas de su desarrollo.

- Factores conductuales: El consumo puede derivar de una respuesta al estrés o a una situación que no se puede afrontar. También existen conductas de consumo por curiosidad, estas llevan al paciente a experimentar síntomas placenteros que derivaran en un consumo reiterado y más tarde en una adicción.
- Por otro lado existe la creciente evidencia de que a pesar de que una persona no tenga los factores genéticos o ambientales que se cree predisponen a la adicción, solamente la exposición a dosis suficientemente altas de un fármaco durante un largo periodo de tiempo pueden transformar a una persona relativamente con poca carga de factores predisponentes en un adicto. Explicado de otra forma, el consumo continuado de una sustancia provoca que el organismo adquiera esa sustancia como propia de su metabolismo, convirtiendo al sujeto en adicto desde la adaptación.<sup>3,4</sup>

## **2.2 Epidemiología**

En cuanto a la epidemiología sobre el consumo de drogas podemos decir que difiere mucho en cuanto a la raza, país, edad, cultura, sexo y nivel sociocultural. Pero también es cierto que se considera que es el adulto joven de sexo masculino el prototipo de consumidor en todas las sociedades.

El PNSD (Plan Nacional Sobre Drogas) de 2016 nos muestra datos estadísticos sobre el consumo en base a estudios realizados en jóvenes de entre 14 y 18 años, dándonos a conocer que la edad a la que se comienza a consumir sustancias en España es inferior a los 14 años, diferenciando en géneros según el tipo de sustancia: Drogas legales (Tabaco y alcohol) son predominantes en chicas, mientras que las drogas ilegales predominan en chicos.<sup>5</sup>

Tomando de referencia el dato sobre el número de admisiones a tratamiento por consumo de tóxicos en población general en un año, en 2014 fueron admitidos a tratamiento 48.926 personas por abuso de sustancias ilegales. De este número de personas admitidas a tratamiento, más de la mitad lo hacía por primera vez en su vida. De estas admisiones el 36.5% del total fueron por

consumo de cocaína, seguida por el consumo de cannabis que forma el 33,7% del total y los opioides el 10,5%. Todos estos datos son obtenidos sin tener en cuenta los menores de 18 años y los nacidos fuera de España, aunque los datos para estos grupos evidencian que el cannabis sigue siendo por tercer año consecutivo la droga que ha causado mayor número de admisiones a tratamiento, en el caso de los menores de 18 años, es responsable del 95% de los admitidos a tratamiento.<sup>5</sup>

### **2.3 Clasificación de las drogas**

Se han descrito gran cantidad de clasificaciones a lo largo de la historia de las drogas, dependiendo del punto de vista desde el que se aborde el tema, pero sin duda la más aceptada y utilizada es aquella que se hace en referencia al SNC (Sistema Nervioso Central) y los efectos que las drogas producen en él, así encontramos:

- **DROGAS DEPRESORAS DEL SNC:** Se conocen como aquellas que generan un deterioro en el funcionamiento de los centros cerebrales “adormeciendo” el SNC y produciendo desinhibición emocional y alteración de la conducta. Dentro de esta clasificación podremos encontrar sustancias como: Alcohol, Opiáceos, Barbitúricos e Hipnótico-sedantes.<sup>6</sup>

1. Alcohol: Considerada la droga más consumida en el mundo. Su consumo se viene produciendo desde hace siglos en los contextos médicos, alimenticios y, a día de hoy, socializadores. Genera un refuerzo positivo, es decir, que su consumo se asocia a experimentar placer y esto hace que se instaure en el cerebro un mecanismo de refuerzo que haga más probable repetir la conducta.<sup>3</sup> El PNSD señala que el 76,8% de los jóvenes de entre 14 y 18 años de edad ha consumido alcohol en el último año y el 68,2% lo hizo en el último mes.<sup>4</sup> En base a estos datos, uno de los factores que más preocupa a los profesionales es la instauración de un patrón de consumo de alcohol en grandes cantidades y en cortos periodos de tiempo.<sup>7</sup>

2. Opiáceos: Sustancias derivadas de la planta del opio o adormidera, de la cual deriva la morfina, utilizada hoy en día como analgésico. Existen

gran cantidad de derivados del opio utilizados en medicina actual y todos ellos en situaciones de abuso generan en el SNC un efecto depresor.

La heroína es otro de esos derivados, se sintetizó en 1874 a partir de la morfina, intentando buscar un compuesto con las mismas características anestésicas pero sin tanto efecto adictivo. Más tarde se comprobó que la adicción era superior a la de la morfina y se desechó su uso en el ámbito de la medicina. Se presenta en forma de polvo y puede ser fumada, inhalada o inyectada.<sup>3</sup> El consumo de esta sustancia comienza a ser un problema sociosanitario relevante a partir de los años 70 aunque en la actualidad no es una droga de abuso que destaque por su incidencia. Según el PNSD el porcentaje de jóvenes de entre 14 y 18 años consumidores de heroína es del 1%, dato que no se ha superado desde 1994.<sup>5</sup>

3. Barbitúricos e hipnosedantes, los cuales destacan por su consumo a nivel de automedicación. En la actualidad los barbitúricos no son utilizados por estar considerados fármacos poco seguros. Así, a día de hoy se prescriben hipnosedantes para el tratamiento farmacológico de trastornos como la ansiedad, los terrores nocturnos, el insomnio o la depresión. Son sustancias con un alto éxito terapéutico bajo la prescripción médica, pero el problema se genera cuando esa prescripción no existe y el uso se realiza de manera inadecuada. De este modo en la última encuesta realizada por el PNSD en 2014, el 7,8% de los jóvenes de entre 14 y 18 años admite haber consumido al menos una vez en su vida algún tipo de hipnosedante sin receta médica.<sup>5</sup> Los efectos producidos por los hipnosedantes son derivados de su capacidad para disminuir la transmisión de impulsos neurológicos.<sup>8</sup>

- DROGAS ESTIMULANTES DEL SNC: Se consideran bajo este subtipo a aquellas drogas capaces de producir un efecto euforizante en el consumidor, dotándole de una sensación subjetiva de mayor rendimiento

y/o estado de alerta, acelerando el funcionamiento cerebral. Dentro de esta clasificación encontramos sustancias como:

1. Cocaína: La cocaína es una sustancia alcaloide que se obtiene de la planta denominada Coca. Se comienza a consumir en Europa a mediados del siglo XIX, al principio con virtudes medicinales y llegando a incluir con el paso de las décadas en productos alimenticios como lo hizo la empresa Coca-Cola.<sup>6</sup> Esta sustancia se puede consumir en forma de hoja masticada, ritual que se lleva practicando siglos en regiones de Sudamérica. Otros métodos de administración es en forma de pasta base, la cual se fuma o se inhala en forma de polvo. Destaca en los últimos años una forma de consumo en conjunto con la heroína denominada “Speed-ball”, la cual se administra inhalada, técnica que se conoce como “Fumar en plata”. A día de hoy está considerada como la droga con mayor nivel de adicción, dependencia y como la mayor desencadenadora de trastornos a nivel físico y psíquico. El PNSD advierte según los datos publicados en 2014, que el 3,5% de los jóvenes españoles de entre 14 y 18 años han consumido cocaína al menos una vez en su vida, siendo la edad media de comienzo de consumo los 15 años.<sup>5</sup>
2. Anfetaminas y derivados: El uso de las anfetaminas proviene de la obtención de una potenciación a nivel de rendimiento físico e intelectual, por otro lado sus derivados solo indican un uso recreativo o socializador. Dentro de este tipo de sustancias podremos encontrar las anfetaminas clásicas, cuyas variedades son la dextroanfetamina o la metanfetamina, esta última conocida como “Speed”, cuyo patrón de actuación se basa en la liberación de dopamina dentro del organismo, mecanismo ligado al denominado “circuito de recompensa” por el generara la dependencia.

Por otro lado encontramos las anfetaminas de diseño o “drogas de diseño”, cuya característica es la producción de alucinaciones activando

mecanismos a nivel dopaminérgico y serotoninérgico de manera que se alteran las percepciones.<sup>6</sup>

- **DROGAS ALUCINOGENAS O PERTURBADORAS:** Dentro de esta clasificación encontramos sustancias que tras su administración producen alteración del SNC, dando lugar a alteraciones en la percepción y alucinaciones.

1. Cannabis: Es una sustancia que proviene de la planta del cáñamo o Cannabis Sativa, la cual se cultiva desde hace más de 4.000 años y sus usos a lo largo de la historia han pasado desde la producción de tejidos hasta el uso medicinal y recreativo.

Su efecto psicoactivo produce un síndrome amotivacional y viene dado por los cannabinoides que la planta contiene, siendo el más común el Tetrahidrocannabinol (THC), cuya concentración varía en función de la zona de la planta de donde se extraiga. La presentación de la sustancia puede variar, pudiendo encontrar Marihuana, Hachís o Aceite de hachís y su administración más común es fumada, aunque también se produce consumo por vía oral. Existen muchos mitos respecto a esta sustancia, los especialistas hacen claro hincapié en desmitificar su uso en el ámbito medicinal, es muy común escuchar que sus efectos anestésicos podrían ser útiles para el tratamiento de dolores crónicos, pero su errónea conceptualización como droga “blanda” ensombrece su nivel de adicción y dependencia. El PNSD indica que es la sustancia psicoactiva de mayor prevalencia entre los jóvenes españoles de entre 14 y 18 años de edad, refiriendo datos como que en 2014, 3 de cada diez jóvenes habían consumido esta sustancia al menos una vez en la vida.<sup>5</sup>

2. Alucinógenos: Sustancias caracterizadas por causar efectos que distorsionan la percepción sensorial del consumidor. Sus principios activos más comunes son la Mescalina, denominada comúnmente “Peyote” debido a su origen en el cactus de peyote y la Psilocibina que se encuentra de forma natural en hongos.<sup>6</sup>

En la actualidad el consumo deriva de la síntesis de drogas como el denominado polvo de ángel o el MDA, aunque la droga de mayor consumo en la actualidad es el LSD (Dietilamina del Ácido Lisérgico) cuyo consumo se suele realizar por vía oral bajo el nombre de “Trippis”.

- NUEVAS DROGAS: Aunque no supone una clasificación en sí, la importancia de las nuevas drogas y de la continua síntesis de nuevas sustancias es un tema de actualidad. En este caso hablamos de las drogas sintetizadas a partir de las drogas clásicas, las cuales quieren conseguir eludir la ilegalidad produciendo los mismos efectos que las anteriores o incluso mayor adicción y peor pronóstico de evolución. El continuo mercado de síntesis de nuevas sustancias escapa de las autoridades ya que produce sustancias de consumo a partir de otras no consideradas ilegales, generando un desfase de tiempo entre su comercialización y su sometimiento a control normativo, por lo que podemos decir que existe un periodo de tiempo en el que esas sustancias de consumo son legales. El Observatorio Europeo sobre Drogas detectó en 2015 98 sustancias nuevas, lo que eleva la cifra a 560 sustancias de nueva síntesis conocidas.<sup>9</sup> Sus mecanismos de actuación en el organismo escapan al conocimiento de los expertos, ya que no se conocen con exactitud todas las sustancias que estas contienen y además son drogas en continua evolución, por lo que el etiquetado de su contenido es imposible.

Dentro de esta conceptualización sobre nuevos tipos de drogas cabe destacar a día de hoy los derivados cannabícos, las catinonas o las feniletilaminas. Respecto a los derivados del Cannabis o cannabinoides sintéticos encontramos que se comercializan como sustitutos legales del Cannabis bajo el nombre de “Spice drugs”, de los que se desconoce su porcentaje de THC por su continuo cambio en la síntesis, es decir, se desconoce el nivel de adicción que estos pueden generar. En cuanto a las catinonas, son comercializadas como el sustituto legal de los estimulantes como la cocaína o las anfetaminas, destaca entre ellas la Mefredona o la Alfa-PVP, esta última denominada “Droga Caníbal” y comercializada bajo el pseudónimo legal de sales de baño o fertilizantes. El Observatorio Europeo

de Drogas identifica 50 derivados de este tipo en los últimos años, refiriendo encontrar 103 tipos de derivados de catinonas desde 2004.<sup>9</sup>

## 2.4 Concepto de patología dual

Como hemos podido comprobar todas las sustancias nombradas refieren tener consecuencias a diversos niveles. Los trastornos mentales inducidos por drogas suponen a día de hoy una doble problemática para los expertos, los terapeutas y todos los profesionales del ámbito de la salud mental. El abordaje de una patología mental por sí sola ya supone un algoritmo terapéutico complicado y variable en función de los factores asociados al paciente, y si a este le sumamos un trastorno adictivo, el patrón de actuación cambia generando gran cantidad de sintomatología dependiente de ambos trastornos y aun mucho más complicada de tratar. El concepto al que me refiero es la ya conocida patología dual o comorbilidad.

La SEPD (Sociedad Española de Patología Dual) define la misma como: *“Denominación aplicada, en el campo de la salud mental, para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental”.*

*Las adicciones pueden ser a sustancias integradas en nuestra cultura como el tabaco, la xantina (café por ejemplo), alcohol, analgésicos o aquellas no integradas como el cannabis, los estimulantes, (cocaína, anfetaminas, etcétera) y los opioides. También se incorporan adicciones comportamentales como la Ludopatía.<sup>10</sup>*

La OMS define comorbilidad o diagnóstico dual como *“coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995)”<sup>11</sup>* En este caso, la Organización mundial de la salud no hace diferencias entre los términos Patología Dual y Comorbilidad, pero en algunos casos se encuentran autores que realizan una diferenciación entre ambos conceptos. Por otro lado la patología dual como diagnóstico no está reconocida oficialmente en la nomenclatura del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o del CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades)<sup>12</sup>

Ya que para el tema que nos concierne y en base a nuestra competencia no es necesario profundizar en este debate, trataremos como describe la OMS ambos conceptos en uno solo, intentando ver la relación que guarda el padecimiento de un trastorno mental grave y el trastorno por abuso de sustancias psicoactivas.

## **2.5 Importancia y gravedad del paciente con patología dual**

La patología dual supone un desafío en las últimas décadas. Un paciente con al menos una patología adictiva concomitante con una patología mental es un paciente considerado un reto a varios niveles, ya sean estos terapéuticos, médicos o sociales.

Debemos considerar al paciente con patología dual un paciente grave y esa gravedad se la concede exactamente la asociación de ambas patologías. La confluencia de sintomatología supone una trampa a la hora de establecer un diagnóstico correcto y camufla en ocasiones aspectos severos de la enfermedad, es decir, ambas patologías dan lugar a sintomatología tan parecida que en ocasiones se confunden y enmascaran unas con otras, tratando una de las dos afecciones sin descubrir que hay involucrado algo más. El fallo en el abordaje de la patología como un cómputo de afecciones nos deriva a un tratamiento separatista, tendente a la individualización de cada una de las problemáticas que conciernen al paciente y esto a su vez deriva en una mala evaluación, una mala praxis, un mal abordaje de la enfermedad y una mala planificación en cuanto a los planes de rehabilitación o intervención que podrían aplicarse.<sup>14</sup>

## **2.6 Etiopatogenia en patología dual**

Analizando un conjunto de teorías respecto al origen de la patología y reuniendo opiniones de diferentes autores encontramos finalmente las siguientes hipótesis:

1. Modelo de consumo de sustancias secundario a trastorno psiquiátrico.

El uso de sustancias se llevaría a cabo como método para paliar la sintomatología de la enfermedad mental y como efecto “rebote” este consumo actuaría como refuerzo perpetuándolo.

2. Modelo de alteración psiquiátrica secundario al consumo de sustancias.  
En este modelo se generaría en un primer momento un abuso de sustancias que a su vez repercutiría en el proceso neurológico del organismo, provocando cambios neuroadaptativos hacia la sustancia de abuso y generando de este modo la enfermedad mental.
  
3. Modelo de independencia biológica.  
Ambos trastornos existen en un mismo individuo en un mismo periodo de tiempo pero no están relacionados.
  
4. Modelo de factores comunes  
Esta hipótesis indica que existirían factores comunes en la génesis de ambos trastornos, estos podrían ser ambientales, genéticos o neurobiológicos.
  
5. Modelo bidireccional  
Basado en la reciprocidad de ambos trastornos. Un trastorno podría aumentar la vulnerabilidad a padecer el otro.
  
6. Modelo de socialización  
El abuso de sustancias podría derivar de un método adaptativo por parte de un paciente con trastorno mental, queriendo buscar un rol en la sociedad. Este modelo suele verse en pacientes con esquizofrenia.

## **2.7 Epidemiología en patología dual**

Para conocer bien los inicios de la enfermedad deberemos conocer primero la incidencia, es decir, la epidemiología. Se han realizado a lo largo de la historia varios estudios de los que se pueden extraer datos sobre la comorbilidad entre enfermedades mentales y los trastornos por abuso de sustancias, aunque suelen ser poco concluyentes por razones como los criterios diagnósticos, muestras de población variables, metodología del estudio, diferencias transculturales...

A pesar de esto contamos con varios estudios epidemiológicos de gran importancia, cabe destacar el conocido estudio Epidemiologic Catchment Area

Survey (ECA) que fue realizado entre los años 1980 y 1984 en EE.UU con 20.291 individuos mayores de 18 años.<sup>13</sup> De este estudio se obtiene los siguientes datos estadísticos:

- Tasa de prevalencia de los trastorno mentales en la población general: 22.5% y de ellos el 29% presenta asociado un trastorno por uso de sustancias, lo que resulta 2.7 veces más comorbilidad que la esperada en la población sin trastornos mentales.
- Tasa de prevalencia de los trastornos por uso de sustancias en la población general es de 6,1% y el 53,1% de estos presentan un trastorno mental comórbido.

Otro estudio ampliamente conocido es el National Comorbidity Survey (NCS), el cual evidencia que el 42,7% de las personas con un trastorno por abuso de sustancias presenta asociado otro trastorno mental.<sup>12</sup>

## **2.8 ¿En que se basan los profesionales en salud mental para el diagnóstico de la patología dual?**

Realizar un buen diagnóstico respecto a la patología dual sigue siendo a día de hoy un trabajo de extrema dificultad, por ello el establecimiento de una guía de práctica clínica para todos los profesionales es un tema de gran importancia.

Para este diagnóstico los profesionales en salud mental se basan en modelos de clasificación internacionales, como es el caso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Ambos son herramientas creadas para el diagnóstico, investigación y creación de datos clínicos estadísticos, las cuales pueden ser utilizada en pacientes en cualquier régimen terapéutico, ya sean estos pacientes ingresados, ambulatorios, pacientes que acuden a hospitales o centros de día y de características crónicas o agudas.<sup>15</sup> Estos manuales suponen a día de hoy un consenso de comunicación para todo aquel profesional que trabaje en el área de la salud, así el fallo de comunicación entre profesionales se reduce, lo que aumenta el éxito diagnóstico y terapéutico.

## **2.9 Relación de las principales patologías mentales con el consumo de sustancias**

Para tener conocimiento de hasta qué punto se relacionan las enfermedades mentales con el consumo de sustancias es necesario conocer dichos trastornos, así como los aspectos y perfiles de estos pacientes. En este caso hablaremos de las enfermedades mentales más asociadas al consumo, como son los trastornos de personalidad (TP), la esquizofrenia, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y los trastornos de ansiedad.

### **A. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

Según las OMS, los Trastornos de la Personalidad representan desviaciones extremas o significativas de la forma mediante la cual el individuo medio de una cultura percibe, piensa, siente y se relaciona con los demás.<sup>16</sup>

Son pacientes en los que se ha evidenciado gran comorbilidad con trastorno por abuso de sustancias, dependiendo esta del tipo de trastorno de personalidad diagnosticado.

### **TIPOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

De la clasificación DSM-V obtendríamos los siguientes tipos de trastornos de personalidad:

- Clúster A: Dentro de esta clasificación encontramos pacientes con carencias en la socialización.
  - Trastorno paranoide: en el que se encuentran pacientes con un patrón de comportamiento desconfiado y suspicaz. Pueden creer que todo aquello que los demás les exponen son críticas o burlas, reaccionando a estas con agresividad.
  - Trastorno esquizoide: Aquí podemos diferenciar patrones de comportamiento en el que destaca la falta de interacción social y poca

expresión emocional. Son pacientes solitarios que no muestran interés ni le afecta lo que el resto pueda pensar de ellos.

- Trastorno esquizotípico: Son pacientes con alta carencia en las relaciones sociales, tendentes a tener ideas de referencia (aquellas que generan una interpretación no realista de actos o situaciones que el paciente determina como reales) entre las que podemos ver supersticiones o creencias en fenómenos paranormales.
- Clúster B: Trastornos caracterizados por patrones de conducta dramáticos, compulsivos y/o con alta carga emocional.
  - Trastornos límite: La característica principal de estos pacientes es la inestabilidad tanto en las relaciones interpersonales como en la afectividad. También destaca la impulsividad por lo que suelen generar situaciones de auto y heteroagresión. Suele destacar un acusado miedo a la soledad o el abandono.
  - Trastorno disocial: Pacientes con un patrón de conducta en el que destaca el desprecio por los derechos ajenos y la manipulación. Son personas en las que suelen encontrarse datos sobre actos ilegales como hurtos o destrucción de propiedades, así como heteroagresiones de cualquier tipo.
  - Trastorno histriónico de la personalidad: Son pacientes cuya sintomatología destaca por la búsqueda continua de atención y un elevado grado de emotividad generalizada y excesiva.
  - Trastorno narcisista de la personalidad: Destacan por un patrón con predominio de la sensación de grandiosidad y la necesidad de ser admirados. Suele objetivarse una gran falta de empatía y una necesidad continua por conseguir poder y éxito en sus vidas.

- Clúster C: Trastornos caracterizados por patrones de conducta ansiosos o temerosos.
  - Trastorno de personalidad por evitación: Patrón de conducta dirigido generalmente por una inhibición social. Son pacientes muy sensibles a la reacción negativa del resto de individuos y a las críticas, ya que suelen tener sentimientos de inadecuación o inadaptación.
  - Trastorno de personalidad por dependencia: Pacientes con gran necesidad de que se ocupen de ellos, sumisos al control de otra persona, con alto grado de temor al abandono y a la separación de aquel que les mantiene o cuida.
  - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOC): Caracterizados por una preocupación desmedida por el orden y el perfeccionismo de las situaciones, así como por mantener el control sobre todo lo que les rodea asumiendo de forma estricta reglas, horarios o esquemas de actuación.<sup>17,18</sup>

## **B. ESQUIZOFRENIA**

La OMS define Esquizofrenia como el trastorno o enfermedad mental que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta.<sup>19</sup>

La etiología de la comorbilidad vuelve a recaer en las teorías que definen la patología dual y que ya hemos citado anteriormente, estas van desde la inducción de una de los dos trastornos por el otro, pasando por la concurrencia de factores incluso genéticos o la simple coexistencia. Por desgracia, a día de hoy no se conoce bien la relación exacta entre la esquizofrenia y los diferentes tipos de sustancias que se han observado de abuso en esta población.<sup>20, 21</sup>

### **C. TDAH**

Según el DSM-V el TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno neurobiológico de carácter evolutivo y de probable transmisión genética.<sup>22</sup> Se caracteriza por un patrón de comportamiento hiperactivo, con excesiva impulsividad y falta de atención.

Respecto a la epidemiología, el DSM-V estima que el TDAH tiene una prevalencia en niños en edad escolar de entre el 3 y el 7 %.<sup>23</sup> Por otro lado en la edad adulta encontramos una prevalencia de entre el 3 y el 5%, encontrando que el 30% de los adultos con síntomas activos ya padecerían el trastorno en la infancia y la adolescencia. Múltiples estudios han evidenciado que el TDAH supone un factor de riesgo directo para desarrollar un trastorno por abuso de sustancias comórbido en la adolescencia o en la edad adulta o simplemente supone un aumento en las probabilidades de haber consumido sustancias alguna vez en la vida.<sup>24</sup>

### **D. TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

La ansiedad es una emoción natural que comprende los estados de alerta del individuo ante una situación de amenaza o resultado incierto, como reacción se produce una situación de estrés englobando distintas respuestas emocionales.

Cuando el individuo no es capaz de mantener un nivel de estrés referente a la situación y luego volver a un patrón normal de conducta, se produce una activación indefinida de estrés, dando como resultados cambios a nivel físico, pero también a nivel mental. Estos cambios a nivel mental pueden suponer un trastorno de ansiedad y su sintomatología puede derivar en un trastorno por abuso de sustancias. Se ha demostrado mediante estudios como el International Consortium in Psychiatric Epidemiology, que existe una comorbilidad entre ambas patologías del 45%.<sup>25</sup>

## **2.10 Justificación**

Por desgracia, en la actualidad, aunque ya conocido entre los más expertos, es aún un tema bastante inmaduro y esto hace que su abordaje aún sea más complicado. Haciendo referencia a lo descrito por gran cantidad de autores y referenciado en diversas revisiones bibliográficas, en los servicios sanitarios actuales existe una barrera ante esta patología. No se trata de que no existan unos recursos suficientes para tratar la patología dual, si no que esos recursos no gozan de una relación o una coordinación suficiente. Para ello todos los profesionales deberían estar ampliamente formados en el tema que van a tratar y todos bajo las mismas directrices de actuación, ya que no sirve de nada que un experto diagnostique una patología dual con un esquema y unas directrices de tratamiento que él considera claras y el siguiente especialista al que se derive el paciente en cuestión, trate dicha patología como dos trastornos aislados, con tratamientos individuales y sin relacionarlos en ningún punto del abordaje terapéutico como trastornos comórbidos. Es decir, hasta ahora un paciente con patología dual era tratado por un servicio de salud mental o un servicio de adicciones, dependiendo de la patología base que el profesional diagnosticara.

Este modelo separatista de intervención a día de hoy insaturado en nuestra red de atención sanitaria dispone de una muy baja efectividad y un alto coste, ya que favorece la atención simultánea por dos servicios. A efectos de lo anteriormente escrito, la base del sistema necesita del motor de cambio de la ciencia para llevar a cabo programas de prevención y atención para pacientes con patología dual. Los avances que van surgiendo a lo largo de la historia deben ser estudiados y aplicados de manera continua por los profesionales de este ámbito y de ello depende el éxito terapéutico. De este punto de inflexión deriva mi interés por dicho tema, ya que considero de vital importancia la formación especialista de la enfermera y su tarea en el abordaje del paciente dual junto a un equipo multidisciplinar

Considerando que todo el equipo debe ser partícipe de ese éxito y siendo la enfermería parte de dicho equipo deberíamos sentirnos responsables del abordaje de la patología dual de manera correcta, conociendo sus dificultades y siendo conscientes de que es un tema de gravedad y gran carga de trabajo.

## 2.11 Objetivos

- Generales:
  - Realizar una revisión bibliográfica para conocer bien la situación y la importancia de la comorbilidad entre patología psiquiátrica y abuso de sustancias.
- Específicos:
  - Comprobar la relación entre las principales enfermedades mentales graves y las diferentes sustancias de abuso.
  - Identificar el papel de enfermería en el equipo de abordaje.

### 3. MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración del trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica basada en la búsqueda en base a palabras clave como: “Patología Dual” ,“Comorbilidad” ,“Salud mental”, “Clasificación”, “Drogas” y “Adicciones” , bajo la intervención de los operadores booleanos “AND y “OR”. La búsqueda se ha llevado a cabo en bases de datos como: Pubmed, Scielo y LILACS

Por un lado para la búsqueda en adicciones hemos encontrado en las diferentes bases de datos:

	Pubmed	Scielo
Descriptores	Drogas[AND] Adicciones	Clasificacion[AND] Adicciones
Filtros	Fecha inferior a 5 años	No se utilizan
Obtenidos	26 referencias	1 referencias

Para la búsqueda sobre la comorbilidad o patología dual en las diferentes bases de datos, hemos encontrado:

	Pubmed	Scielo	LILACS
Descriptores	Patología dual[AND] Salud mental	Patología dual	Patología dual
Filtros	Fecha inferior a 5 años	Area de psiquiatría	Trastorno por sustancias
Obtenidos	3 referencias	3 referencias	7 referencias

Además se ha realizado búsqueda de información en asociaciones como la Asociación Española de Patología Dual (SEPD) o en bases de datos oficiales como en el Ministerio de Salud y Defensa para el uso del actual Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). También se han utilizado para el desarrollo del trabajo libros encontrados en búsquedas de bibliotecas públicas y librerías especializadas. Los criterios de exclusión fueron para aquellos artículos en los que se hablaba de la patología en ámbitos muy cerrados como en centros penitenciarios, así como aquellos artículos que por su contenido no resultaban acordes a la finalidad del trabajo.

## **4. RESULTADOS**

No existe un único perfil de paciente dual, si no que dependiendo del tipo de trastorno mental del que se esté hablando, se tendera al consumo de sustancias de un tipo u otro para buscar una finalidad o solución a la sintomatología que el paciente refiere. Del mismo modo es posible que la previa patología mental derive en un consumo fruto de la desinhibición de la que hablábamos, o que simplemente ambas patologías confluyan en un mismo paciente en un mismo momento, aunque esta última teoría es más rebatida, ya que las evidencias hablan más de relación causal que de simple casualidad. Desde de otro punto de vista más biológico o neurobiológico, varios autores ponen en juego los sistemas neuronales y la genética, como base evidenciada de vulnerabilidad al padecimiento de enfermedad mental asociada al abuso de sustancias.

### **4.1 Trastornos de personalidad y vulnerabilidad al consumo de sustancias**

La asociación entre trastornos de personalidad y trastorno por abuso de sustancias varía ampliamente según los estudios, las poblaciones que abarcan estos o las sustancias asociadas. Así la prevalencia de dicha comorbilidad también varía, aunque según los datos obtenidos por la SEPD podemos indicar que el trastorno de personalidad de Clúster B es el más relacionado con el abuso de sustancias. En este Clúster destaca la impulsividad como punto fuerte de la patología, lo que deriva a una gran vulnerabilidad al consumo de sustancia. Los autores coinciden en que en estos pacientes existe un consumo en respuesta a un malestar, por lo que este se produce de forma impulsiva, activando el mecanismo de recompensa cerebral bajo el que se rige la dependencia según algunas hipótesis.

En el caso del Clúster C, considerado el siguiente con más tasa de comorbilidad con trastorno de sustancias, destaca la autoagresividad, la cual podríamos considerar como factor de riesgo, ya que puede derivar en un consumo por ideación autolítica, desencadenada por una sensación subjetiva de inferioridad, soledad o desamparo. Respecto al Clúster A la SPED indica

que la comorbilidad es alta en los trastornos de tipo paranoide o esquizoide, pero se muestra menos evidenciado que el resto de Clúster.

En cuanto a los tipos de sustancias de consumo asociadas a los diferentes Clúster podemos encontrar:

- Clúster A:

➤ Trastorno paranoide: El paciente definido dentro de este clúster lleva a cabo un consumo de sustancias que disminuyen su estado de continua alerta o que, por el contrario, aumenten esa alerta debido a una connotación ficticia de la sintomatología.

Estas sustancias suelen ser las anfetaminas y el alcohol, los cuales a su vez les hace ver un aumento de su potencial personal respecto a las relaciones sociales.

➤ Trastorno esquizoide: En este caso el consumo deriva de aquellas drogas que favorecen la fantasía, como es el caso del LSD y la mescalina. La aceptación social la consiguen a través del cannabis o el alcohol, entre otras.

- Clúster B:

➤ Trastorno límite: En este caso no se diferencia una clara relación por un tipo de sustancias en concreto, pero si se evidencia una alta comorbilidad sin clara preferencia hacia un tipo de toxico, derivada de una sintomatología basada en la impulsividad.

➤ Trastorno narcisista o histriónico: Ante tal comportamiento este tipo de pacientes realizan un consumo de sustancias consideradas de alto nivel económico y social, como puede ser la cocaína.

- Clúster C:

➤ Trastorno obsesivo/compulsivo: En este tipo de pacientes destaca el consumo impulsivo, siendo los tóxicos más asociados la

cocaína, el alcohol y los fármacos de prescripción médica que utilizan en sus tratamientos o que consiguen de manera ilegal.

- Trastorno de la dependencia: En este caso no se encuentran estudios que evidencien una clara asociación a un determinado fármaco.
- Trastorno de evitación: Dada su personalidad caracterizada por el aislamiento, este tipo de pacientes abusa de tóxicos como alucinógenos y Benzodiacepinas, sustancias que por sus efectos paliarían esa reiterada falta de socialización y provocarían en ellos la despersonalización deseada.

Independientemente de que en los datos hallados visualicemos una mayor vulnerabilidad del Clúster B al consumo de sustancias, tras la revisión de varios autores, podemos concluir que el paciente con trastorno de personalidad es un paciente con características muy variables: impulsivo, agresivo, narcisista, paranoide, dependiente, con emocionalidad negativa....

En los cuadros más agudos estos pacientes cursan con estados disfóricos en los que buscarían conseguir un alivio o desinhibición y es aquí cuando se produce una automedicación o un abuso en consumo de sustancias. Este consumo le suelen realizar de manera compulsiva buscando una solución inmediata a su malestar, incluso se concluye que este rasgo impulsivo relacionado con los sistemas de recompensa podría estar relacionado con la codificación de ciertos genes, es entonces cuando entra en juego la teoría biológica o de predisposición genética.

Se suelen dar patrones de conducta con alteraciones en el control inhibitorio, es decir, incapaces de controlar o retrasar la recompensa en búsqueda de un alivio inmediato. De aquí se derivan las características de pacientes impulsivos, compulsivos y autodestructivos, los cuales resultarían como el factor clave o punto de vulnerabilidad al consumo y, por tanto, al trastorno por abuso de sustancias.

## 4.2 Esquizofrenia y vulnerabilidad al consumo de sustancias

Aunque dicha relación no está perfectamente establecida, si se han desarrollado diversos estudios de prevalencia de la esquizofrenia asociada a diferentes sustancias. El primer gran estudio es el Epidemiological Catchment Area (ECA), anteriormente citado, el cual profundiza en el trastorno de la esquizofrenia indicando que más del 47% de pacientes diagnosticados de esquizofrenia cursan con un trastorno por abuso de sustancias. En el caso del estudio CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness), realizado en una muestra de pacientes psicóticos, obtenemos que el 60% de pacientes presentaba un trastorno por abuso de sustancias y de estos el 37% mantenían un consumo activo en el momento del estudio.<sup>19</sup>

Respecto a las diferentes sustancias de abuso por parte de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, se recoge que el abuso de sustancias deriva de la necesidad de solventar la sintomatología que les conlleva la enfermedad, la cual se basa en alucinaciones, ansiedad y estados de ánimo negativistas. Con el consumo pretenden paliar dichos síntomas e integrarse socialmente deshaciéndose de dicha sintomatología negativa. Destacan como sustancias de abuso en estos pacientes los psicoestimulantes, así el consumo de anfetaminas está considerado 4 veces mayor en población esquizofrénica que en población general. Todos los psicoestimulantes actúan aumentando el nivel de dopamina a nivel del botón sináptico y como consecuencia dan lugar a un alivio de la sintomatología negativa del paciente esquizofrénico, paliando la psicosis y generando una sensación de mejor humor, mayor energía y claridad en el pensamiento. Respecto a la cocaína se describe un alto consumo en esta población, con ella buscarían paliar los síntomas negativos y depresivos. En cuanto a la nicotina se concreta que *“la gran mayoría de los pacientes con esquizofrenia son adictos a esta sustancia hasta en un 90% de casos”* (Buckley, 1998) y esto se debe a la acusada ansiedad que padecen.

Respecto a las sustancias depresoras encontramos que el cannabis no ha sido relacionado con la patología esquizoide pero existen estudios que señalan dicha sustancia como un muy probable agente causal. En cuanto al alcohol, se conoce que el consumo del mismo por parte del paciente esquizofrénico deriva

de una búsqueda de alivio de los síntomas disfóricos y bajo un intento de paliar las alucinaciones.

### **4.3 TDAH y vulnerabilidad al consumo de sustancias**

Por lo general, el TDAH presenta una elevada tasa de comorbilidad con otros trastornos mentales a lo largo del desarrollo de paciente, entre ellos cabe destacar los trastornos por uso de sustancias, siendo una de las asociaciones más frecuente. En este caso podremos clasificar en sólida asociación con el TDAH las siguientes sustancias:

- Cannabis: Es sin duda la sustancia de mayor consumo entre este tipo de pacientes, tanto es así, que las evidencias refieren que un diagnóstico de TDAH en la infancia se asocia con un aumento del riesgo de haber consumido de manera temprana dicha sustancia y de desarrollar un trastorno por consumo de la misma.<sup>23</sup>
- Nicotina: Los niños con TDAH presentan más del doble de probabilidades de haber consumido tabaco alguna vez a lo largo de su vida y casi el triple de posibilidades de desarrollar una dependencia a la sustancia.<sup>22</sup>
- Cocaína: Estudios realizados en muestras clínicas han evidenciado que entre el 10% y el 35% de pacientes con trastorno por abuso de cocaína han desarrollado un TDAH comórbido.<sup>23, 24</sup> Del mismo modo se evidencia que los niños diagnosticados de TDAH tienen aproximadamente el doble de riesgo de padecer una dependencia a esta sustancia que los niños que no son padecen TDAH.
- Alcohol: En este caso ocurre bajo el mismo patrón de la cocaína, un niño diagnosticado de TDAH tiene casi el doble de riesgo de padecer un trastorno por abuso de alcohol que un niño que no tiene este diagnóstico. Además se evidencia que la comorbilidad de estos trastornos en adultos se relaciona con una mayor ingesta diaria de alcohol y una mayor dependencia que en población general.<sup>22</sup>

#### **4.4 Trastorno de ansiedad y vulnerabilidad al consumo de sustancias**

Respecto a su epidemiología en relación con el abuso de sustancias existen grandes estudios que apuntan que los pacientes con trastornos de ansiedad son muy vulnerables a padecer asociado otro trastorno mental y, por tanto, esta vulnerabilidad se ve reflejada en el trastorno por abuso de sustancias. Así, por ejemplo, el Epidemiological Catchment Area (ECA) pone de manifiesto que *“casi el 24% de pacientes con Trastorno de Ansiedad padecen un Trastorno por Abuso de Sustancias comórbido a lo largo de su vida”*.<sup>26</sup>

En este caso el estudio indica que:

- Respecto al consumo de alcohol, existe un 19,4% de pacientes con trastorno por abuso de esta sustancia que desarrollar un trastorno por ansiedad a lo largo de su vida.  
Y por el contrario, un 17,9% de los pacientes diagnosticados por algún tipo de trastorno de ansiedad, tiene asociado un trastorno por abuso de alcohol.
- En el caso del cannabis, este estudio indica que un 27.5% de los pacientes con trastorno por abuso de esta sustancia tienen asociado un trastorno de ansiedad.
- En cuanto a la cocaína indica que esta cifra se eleva al 33,3%.<sup>26,13</sup>

Otro de los grandes estudios como es el National Comorbidity Survey Replication (NCSR) y en este caso con datos más recientes, indica que el 37,3% de los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad sufre un trastorno por abuso de sustancias comórbido.<sup>27, 28</sup>

La sintomatología de los trastornos de ansiedad puede ser una de las causas que provoquen vulnerabilidad al consumo. El paciente con trastorno de ansiedad sufre una sintomatología complicada, caracterizada por cuadros de nerviosismo constantes, necesidad continua de protección no encontrada, aprehensión, dificultades de concentración en algo que no provoque esa

ansiedad.<sup>27</sup> Estos síntomas suelen derivar en una búsqueda de desinhibición de manera reiterada, intentando paliar el malestar y es entonces cuando el consumo les sugiere la posibilidad de falsa mejoría temporal.

#### **4.5 Perfil general del paciente con patología dual**

Realizando una síntesis de los datos obtenidos, el paciente con diagnóstico dual suele ser por lo general un paciente joven, en su mayoría varón y con antecedentes de otro trastorno mental o patrón de conducta inadecuado.

Respecto a los factores ambientales y del entorno del paciente se desechan las teorías del entorno socioeconómico bajo, desestructuración familiar y marginalización, ya que en la actualidad el consumo de sustancias y el padecimiento de trastornos mentales graves en consecuencia, no se referencia a un prototipo único de persona, sino que se produce en todos los ambientes y clases sociales.

En cuanto a las características específicas cabe destacar que son pacientes que realizan un mayor uso de los servicios de salud que la población general por:

- Son pacientes graves que necesitan una asistencia muy continuada.
- Por su patología generan en el transcurso de la enfermedad gran cantidad de recaídas
- Una vez ingresados, las estancias hospitalarias son prolongadas.
- Tienen alta prevalencia de consumo de otras sustancias.
- Mayor riesgo de recaídas, suicidios y conductas agresivas.
- Alta prevalencia en trastornos de personalidad asociados.
- Polisintomatología que dificulta tanto el diagnóstico, como la evolución y el abordaje.
- Alta prevalencia de problemas médicos derivados del consumo de sustancias: VIH, Hepatitis, enfermedades venéreas...
- Mayor incidencia de problemas legales derivados de la conducta.
- Menor adhesión al tratamiento.
- Mayor probabilidad de fracaso terapéutico.

- Ponen en marcha varios sistemas de atención sanitaria de manera simultánea, lo que surge de la atención de cada trastorno por separado.

#### **4.6 Papel de la enfermería en patología dual**

El paciente dual es un paciente grave que requiere una atención muy específica e integral. El rol de la enfermera es un punto muy importante en esta atención, ya no solo por el contacto directo con el paciente, si no por ser el punto de partida para la planificación y abordaje dentro del equipo multidisciplinar.

La dificultad que resulta del abordaje de estos pacientes por parte del personal enfermero hace que la estandarización o protocolización de los cuidados y atenciones directas en nuestra profesión sea una herramienta eficaz de trabajo. La unificación de criterios para el abordaje del paciente dual conllevará un mismo patrón de actuación, sea cual sea el marco asistencial en el que se trabaje.<sup>29</sup> Sin embargo la estandarización de una guía para el cuidado del paciente dual no marca una norma, sino que simplemente dibuja un esquema de actuación y cada profesional lo aplicará dependiendo las circunstancias y el tipo de paciente con el que se trate, pero siempre en dirección la misma línea de meta, cuidar al paciente.

Así podríamos definir unas expectativas respecto al rol enfermero:

- Elaborar, aplicar y evaluar los cuidados integrales del paciente mediante la elaboración de un proceso de atención de enfermería en interacción con el resto de miembros del equipo multidisciplinar.
- Aplicación de los conocimientos y pautas establecidas en el proceso de atención de enfermería en una situación de crisis para estabilizar al paciente en la unidad de salud mental.
- Crear una relación terapéutica con el paciente basada en la confianza y el respeto.
- Satisfacer las necesidades de los usuarios proporcionando los cuidados necesarios.

- Valorar el estado psicopatológico de los pacientes y poner en común las valoraciones con el equipo multidisciplinar.
- Valorar la adhesión a los tratamientos y hacer partícipe al paciente de la responsabilidad en la toma de medicación si esto es posible (Programas de automedicación)
- Realizar controles periódicos de sangre y orina para detectar posibles consumos o recaídas.
- Estimular al paciente a la realización de actividades que le motiven y le resulten saludables respecto a su patología.
- Educar al paciente en temas de higiene y cuidados personales, promoviendo hábitos saludables e higienico-dietéticos.
- Entrenar con los pacientes las habilidades sociales.
- Realizar controles con periodicidad para detectar posibles cambios a nivel somático.
- Establecer planes de cuidados individualizados según los requerimientos de cada paciente, los cuales serán reevaluados por el equipo multidisciplinar para la valoración de la posible evolución del paciente.
- Establecer prioridades en las intervenciones a realizar.
- Ofrecer un abordaje integral desde un punto de vista holístico, apartando el concepto de simple asociación de patologías.
- Realizar intervenciones de apoyo tanto individual como familiar.

## 5. DISCUSION

Como hemos podido comprobar la Patología Dual no es una simple asociación de trastornos o de sintomatología, si no que su fusión provoca un nuevo concepto de trastorno con características muy diferentes a las de las patologías de base y, por tanto, con un aumento en la dificultad para el abordaje y tratamiento. Todo esto dependerá no solo del trastorno mental diagnosticado, si no de la sustancia o sustancias de abuso de las que hablemos y de las características individuales de cada paciente. Por ello se ha estudiado la sintomatología de las enfermedades mentales más asociadas al trastorno por abuso de sustancias, dando como resultado que el consumo suele derivar en la mayoría de los casos de un intento, por parte del paciente, de paliar y mejorar el estado en el que se encuentra. Así encontramos las posibles causas de consumo en este tipo de pacientes, como puede ser en el caso de los trastornos de personalidad la búsqueda de una socialización o simplemente de una despersonalización evitando así la realidad que a ellos les concierne. En la esquizofrenia el paciente buscaría deshacerse de estados depresivos y negativistas, todo lo contrario que en el trastornos de ansiedad, donde el sujeto buscaría paliar un continuo estado de nervios y falta de concentración, queriendo llegar a un estado de plenitud. Cuando nos centramos en el TDAH, los estudios hallados muestran evidencias que describen un patrón de asociación totalmente distinto a las demás enfermedades mentales, aquí el consumo precede a la patología en la mayoría de los casos, considerando el trastorno por abuso de sustancias un posible factor de riesgo para desarrollar de manera comórbida un TDAH.

Centrándonos en el tipo de sustancias consumidas en esta población, nos encontramos con que el alcohol sigue siendo a día de hoy una de las drogas más consumidas y con mayor tasa de asociación a enfermedades mentales graves, seguida del cannabis y sus derivados, la cocaína y las anfetaminas. Esto no quiere decir que el resto de sustancias de abuso no provoquen un trastorno por abuso y una enfermedad mental comórbida, pero sí que las sustancias citadas refieren mayores evidencias científicas dentro del concepto de patología dual.

De las diferentes combinaciones de enfermedades mentales graves y posibles sustancias de abuso deriva una sintomatología conjunta que no se puede estandarizar y que varía en función del paciente, incluso la sintomatología de un trastorno disfraza la de otro dando errores diagnósticos y abordajes fallidos. De este punto subyace la importancia de una formación específica y de un equipo multidisciplinar muy cohesionado del cual forma parte la enfermera, siendo esta un punto clave por ser un contacto directo con el paciente durante todo el tiempo de trabajo.

### **5.1 Conclusiones:**

- La comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias y enfermedades mentales graves se rige bajo un esquema de causalidad y no de casualidad.
- Un diagnóstico de patología dual supone un desafío a todos los niveles, ya sean estos terapéuticos o sociales.
- La vulnerabilidad al consumo de sustancias se produce en base a paliar una sintomatología psíquica en la mayoría de los casos.
- El rol de enfermería juega un papel imprescindible para el correcto abordaje por parte del equipo multidisciplinar.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Calafat A, Juan M. De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas [Internet]. M.adicciones.es. 2017 [citado 31 Mayo 2017]. Disponible en: <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/465/461>
2. The Nicotine As Drug - ProQuest [Internet]. Search.proquest.com. 2017 [citado 31 Mayo 2017]. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/3cca757faf75686b8e87d7cf268827a8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032270>
3. Ortiz de Zárate San Agustín, A., Ruiz de Azúa Velasco, M., Ubis González, A. and Alonso Durana, I. (2011). *Adicciones*. 1st ed. Barcelona, Espana: Elsevier Massion.
4. Nestler E. Cellular basis of memory for addiction [Internet]. PubMed Central (PMC). 2017 [citado 31 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898681/>
5. Anonimo [Internet]. 2017 [citado 31 Mayo 2017]. Disponible en: [http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016\\_INFORME\\_OEDT.pdf](http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf)
6. [Internet]. 2017 [citado 31 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.medicosva.es/NdSite/OnLineCache/FMS/17/28/ba0de899d2f4dfc30f9f152594803ac9/Dr.%20ANTO>
7. Revista adicciones [Internet] 2017 [citado 6 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/932>
8. Tranquilizantes :: Centro de Asistencia Terapéutica :: CAT Barcelona [Internet]. Cat-barcelona.com. 2017 [citado 6 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/tranquilizantes>
9. [Internet]. 2017 [citado 14 Marzo 2017]. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_228272\\_ES\\_TDA\\_T14001ESN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_228272_ES_TDA_T14001ESN.pdf)
10. Patología Dual | SEPD Sociedad Española de Patología Dual [Internet]. Patologiadual.es. 2017 [citado 20 Marzo 2017]. Disponible en: [http://www.patologiadual.es/pacientes\\_pdual.html](http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html)

11. Definición [Internet]. Ar2004.emcdda.europa.eu. 2017 [citado 21 Marzo 2017]. Disponible en: <http://ar2004.emcdda.europa.eu/es/page119-es.html>
12. Ortiz Zárate San Agustín, A. and Murua Navarro, F. (2010). *Patología dual*. 1st ed. Barcelona: Elsevier.
13. Regier DA, ME Farmer, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. La comorbilidad de los trastornos mentales con el alcohol y otras drogas Los resultados del estudio epidemiológico área de captación [citado 3 Abril 2017] Disponible en: [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11381/comorbilidad\\_trastornos\\_metrnals\\_adicciones.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11381/comorbilidad_trastornos_metrnals_adicciones.pdf)
14. Marín Navarrete Rodrigo, Szerman Néstor. Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. Salud Ment [revista Internet]. 2015 Dic [citado 29 Abril 2017] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252015000600395&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000600395&lng=es).
15. San L, Arranz B, Bernardo M, Arrojo M. ¿Por qué la necesidad de una Guía de Práctica Clínica de Patología Dual? Análisis de la evidencia. 2017.
16. [Internet]. 2017 [citado 25 Marzo 2017]. Disponible en: <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/guia-comunicacion-psiquiatria-trastornos-personalidad.pdf>
17. Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). 2017 [citado 25 Marzo 2017]. Disponible en: [http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_modulo2.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo2.pdf)
18. [Internet]. 2017 [citado 26 Marzo 2017]. Disponible en: <https://www.trastornolimite.com/tp/trastornos-personalidad-dsm-iv>
19. Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). 2017 [citado 25 Marzo 2017]. Disponible en: [http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_modulo3.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo3.pdf)
20. [Internet]. 2017 [citado 26 Marzo 2017]. Disponible en: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/889/833>

21. Esquizofrenia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 17 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
22. Ortiz de Zárate San Agustín A, Larreina Zerain M, Aldeano Merchán L, Murua Navarro F. Trastorno mental grave de larga evolución. 1st ed. Ámsterdam: Elsevier-Masson; 2010.
23. Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). [citado 26 Marzo 2017]. Disponible en: [http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_modulo5.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo5.pdf)
24. Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). [citado 26 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/5-PDUAL-TDAH.pdf>
25. Salud | Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS [Internet]. Ansiedadystres.org. 2017 [citado 9 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.ansiedadystres.org/salud>
26. Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). [citado 26 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/3-PDUAL-ansiedad.pdf>
27. [Internet]. 2017 [citado 19 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
28. Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). [citado 27 Marzo 2017]. Disponible en: [http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_modulo4.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo4.pdf)
29. Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). [citado 11 Abril 2017]. Disponible en: [http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2017\\_03.pdf](http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2017_03.pdf)

