



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

MEDIKUNTZA
ETA ERIZAINZTA
FAKULTATEA
FACULTAD
DE MEDICINA,
Y ENFERMERÍA

**ERIZAINZAKO GRADUA
GIPUZKOA
GRADO EN ENFERMERIA**

Curso 2016 / 2017

Fecha de defensa: Mayo/Junio 2017

Adherencia al tratamiento en pacientes con patología dual

Hegoi Jauregui Luis

Directora: M^a Pilar Tazón Ansola

RESUMEN

Se denomina patología dual al conjunto en una misma persona de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos trastornos se dan con frecuencia y los pacientes se ven afectados tanto desde la perspectiva clínica como la social. En los diferentes diagnósticos psiquiátricos diversas publicaciones muestran la alta prevalencia de trastornos de personalidad en personas drogodependientes.

El presente trabajo es una revisión narrativa cuyos objetivos son: conocer la prevalencia de los trastornos de personalidad con la adicción a la cocaína, identificar los elementos que inciden en la adherencia al tratamiento en la patología dual y por último, conocer la intervención enfermera para mejorarla.

Una de las dificultades en ésta patología es la adherencia al tratamiento. Si se da el fracaso terapéutico, se darán mayores tasas de recaídas tanto en el consumo de sustancias como en el trastorno mental.

Se concluye que los trastornos de personalidad del grupo B son los que más prevalencia tienen con el consumo de cocaína y que la relación profesional-paciente, la familia, la presión externa, la motivación, el proporcionar información clara, los sentimientos adversos y la impulsividad entre otros son algunos de los elementos que inciden en la adherencia al tratamiento. Por último, se halla la entrevista motivacional como una intervención enfermera efectiva para la mejora de la adherencia a la medicación en pacientes con patología dual, además de proporcionar apoyo y conseguir implicar a la familia en el cuidado.

Palabras clave: *Trastornos de la personalidad, cocaína, enfermería, adherencia al tratamiento, patología dual, diagnóstico dual (psiquiatría), psychiatric nursing, medication adherence, dual diagnosis, nurse.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 ¿Qué es la patología dual?	2
2.2 Trastorno de la personalidad	3
2.2.1 Clasificación de trastornos de la personalidad	3
2.3 Tratamiento en la patología dual	5
2.4 Adherencia al tratamiento en patología dual.....	5
2.5 Perfil y características del paciente con patología dual.....	6
3. OBJETIVOS.....	6
4. METODOLOGÍA	6
5. RESULTADOS	8
5.1. Resultados de búsqueda.....	8
5.2. Desarrollo.....	11
5.2.1. Conocer los tipos de trastorno de personalidad que tienen más prevalencia en patología dual con el consumo de cocaína.	11
5.2.2. Identificar los elementos que inciden en la adherencia del tratamiento en la patología dual	14
5.2.3. Conocer la intervención que realiza enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados de patología dual	18
6. DISCUSIÓN.....	20
7. CONCLUSIONES	24
8. REFLEXIÓN PERSONAL	25
9. BIBLIOGRAFÍA.....	28

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Palabras clave y términos DeCS y MeSH.	7
Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión	8
Tabla 3: Resultados de las búsquedas bibliográficas en las bases de datos.	9
Tabla 4: Clasificación de los artículos en relación a los objetivos.....	10

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Puntuaciones en el MCMI-II en las escalas de patrones de personalidad	33
Anexo 2: Factores que inciden positivamente en la adherencia terapéutica según los profesionales de salud mental encuestados	34

1. INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de la historia, el ser humano ha utilizado diversos tipos de sustancias para alterar el pensamiento, el humor, los sentimientos o las conductas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define droga como toda sustancia que consumida e introducida en nuestro organismo, produzca algún tipo de alteración en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC), pudiéndole crear dependencia tanto psicológica como física (1).

Los pacientes que presentan un trastorno de personalidad (TP) suelen entrar en contacto de una manera más precoz con sustancias comparando con otras enfermedades mentales graves (1, 2), produciendo así que las manifestaciones sean más graves y dando lugar a la patología dual (3, 4). Este término no está registrado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V (DSM-V) pero es utilizado por la comunidad psiquiátrica (5).

Los pacientes con diagnóstico dual, son pacientes graves vistos tanto desde el punto clínico como desde el punto social. Sufren mayores tasas de recaídas, tanto en el consumo de sustancias como en el trastorno mental, con lo que conlleva mayor número de ingresos y estancias más largas. No se trata de una enfermedad nueva, pero en los últimos años se ha estudiado más debido al elevado consumo de recursos sanitarios, donde se debe atender a pacientes complejos con conductas de riesgo y agresivas, considerándose conductas de riesgo los diferentes problemas de contagio de otras enfermedades como por ejemplo son el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el virus de la hepatitis C (VHC) (1, 6).

Una de las dificultades de estos pacientes, es la adherencia al tratamiento donde factores internos y externos al paciente como son la motivación, la familia y las creencias entre otras, afectan a la persona dándose el fracaso terapéutico. Para poder abordar terapéuticamente este problema de una manera correcta, es necesario que los profesionales sanitarios estén preparados adecuadamente en la salud mental (7).

En ello, enfermería tiene un papel muy importante en el que deberá desarrollar unas competencias de apoyo y seguimiento, proporcionando los cuidados necesarios tanto al paciente como a la familia ayudándolos a potenciar sus habilidades y recursos. Corresponderá ayudar a disminuir el incumplimiento terapéutico que suele darse en estas personas mejorando la adherencia al tratamiento además de potenciar la promoción y prevención de la salud (1, 8).

El informe Europeo sobre drogas dice que España actualmente, es uno de los países de la Unión Europea donde más cocaína se consume (9).

Un estudio realizado por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) dice que el 10% de la población entre 15 y 64 años ha consumido cocaína alguna vez en su vida, el 2% en el último año y el 1% en el último mes (10).

Es importante ver que en el último estudio realizado en 2013 se haya que al menos 92.406 personas se consideran consumidores problemáticos, lo que equivale al 0,3% de la población entre los 15 y 64 años de España. Se considera consumidor problemático a toda persona que haya consumido cocaína 30 días o más en el último año (10).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, la cocaína es una de las cinco drogas más consumidas y afecta especialmente a los jóvenes ya que, está asociado al ocio, prevaleciendo más en jóvenes varones (10).

Hay que decir que el consumo de cocaína se relaciona con varios trastornos mentales, siendo uno de los más prevalentes el trastorno de personalidad en el que se da más frecuentemente el consumo de sustancias, originándose la patología dual (1, 11).

Motivado por la gran cantidad de pacientes con patología dual que me encontré en el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios, donde realicé el Practicum en el Grado de Enfermería, y por el hecho de que muchos pacientes eran consumidores de cocaína que reingresaban debido a la falta de adherencia al tratamiento, fue por lo que decidí realizar este trabajo con la intención de que me aportara conocimientos sobre los elementos que inciden en la adhesión terapéutica y sobre las intervenciones que enfermería realiza para mejorar la adhesión de estos pacientes, ya que, es un pilar esencial para su mejora.

Por lo que éste trabajo, se enfoca en la relación que existe entre el consumo de cocaína y los tipos de trastornos de personalidad que más prevalecen con el uso de dicha droga, en identificar los elementos que inciden en la adherencia al tratamiento y en las intervenciones que enfermería realiza para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con patología dual.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ¿Qué es la patología dual?

La patología dual en su origen se definía como la coexistencia de dos o más trastornos psiquiátricos en un mismo paciente. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha

convertido en un sinónimo de padecer trastornos mentales graves vinculados a trastornos por uso de sustancias (TUS). (1, 8) Estas personas presentan mayor gravedad desde el aspecto clínico y social que las personas que presentan únicamente un tipo de patología, ya sea un TUS o una enfermedad mental (1, 4).

La patología dual, no está oficialmente reconocida ni en el DSM ni tampoco en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), solamente aparecen diagnósticos referidos a los trastornos por uso de sustancias o a trastornos psicopatológicos (1, 5).

Una de las enfermedades mentales más asociadas a la patología dual es el trastorno de personalidad junto a otras tales como la esquizofrenia, trastorno depresivo, trastorno bipolar y ansiedad, siendo uno de los tóxicos más consumidos la cocaína junto al tabaco, alcohol y cannabis (11, 12, 13).

2.2 Trastorno de la personalidad

La personalidad se define como *“el conjunto de modelos internos y externos de adaptación a la vida que posee una persona, determinados, en parte, por su composición genética y por las experiencias vitales. En consecuencia, la dinámica del desarrollo de la personalidad se hace más compleja a lo largo del ciclo vital”* (8).

Mientras el TP se define como *“una enfermedad no psicótica, caracterizada por una conducta de inadaptación, que utiliza la persona para cumplir sus necesidades y obtener satisfacción personal”* (8).

Como resultado de esto, la persona es incapaz de relacionarse con su entorno de una manera adecuada, por lo que exterioriza sus problemas socialmente. Es común que se observen problemas emocionales, económicos, sociales e incluso laborales debido a la ansiedad que les producen estos conflictos. Por lo tanto estas personas presentan desvíos extremos en la forma de percibir, pensar, sentir y relacionarse con los demás (8).

2.2.1 Clasificación de trastornos de la personalidad

El DSM-V ha diferenciado los trastornos de la personalidad en tres grupos A, B y C (8):

➤ **Grupo A:** En él, se incluyen los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los sujetos que sufren este tipo de trastornos no suelen estar relacionadas a trastornos de abuso de sustancias pero a veces sí muestran una propensión al consumo de algunas de ellas.

Las personas que padecen del trastorno paranoide de la personalidad consumirán sustancias que reduzca la presión producida por el estado continuo de alerta por un

problema que no es real. Más concretamente tendrán más tendencia a consumir cocaína, anfetaminas y alcohol ya que, les proporciona mayor poder personal y así sentirse menos vulnerable.

Por otro lado, los sujetos que sufran el trastorno esquizoide de la personalidad consumen drogas que producen fantasía como es el LSD y la psilocibina entre otras. A parte, también tienden a consumir cannabis y alcohol para aislarse de una manera social.

Mientras que las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad consumen el cannabis, LSD y peyote entre otras para buscar vivencias fantásticas.

➤ **Grupo B:** En él, se incluyen los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. Las personas que sufren los trastornos de este grupo, tienen un riesgo mayor de suicidio siendo este similar a la de personas que padecen un trastorno del ánimo. Los factores que aumentan el riesgo de suicidio son los trastornos de adicción y situaciones graves de abuso sexual en la infancia.

Comenzando por el trastorno antisocial y límite, decir que son los TP más prevalentes en pacientes con TUS. Las personas que padecen de trastorno antisocial de la personalidad no respetan las normas de la sociedad, se ve alterada su ética y no tienen empatía. Por otro lado los pacientes que sufren trastorno límite de la personalidad no tienen un control de sus emociones siendo impulsivos, teniendo comportamientos cambiantes.

Mientras que los pacientes con trastorno histriónico y narcisista de la personalidad, son atraídos por drogas como la cocaína que es considerada una droga de alto estatus, aliviándoles el malestar personal que sufren y produciéndoles una sensación de poder.

➤ **Grupo C:** Determinado por la ansiedad y el miedo. Este grupo contiene trastornos de personalidad obsesivo-compulsivo, dependiente, de evitación e inespecífico.

La conducta adictiva que se da en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es debido al querer reducir los sentimientos negativos y la incomodidad que sufren las personas que lo padecen. Las drogas que más utilizan son el alcohol y la cocaína.

Mientras, las personas con trastorno de personalidad por dependencia, son sujetos que se ven incapaces de cuidar de sí mismos y hacer frente a la vida adoptando una actitud de debilidad evitando responsabilidades. Buscan a alguien para que les ayuden y les guíen. No tienen preferencia por un tipo de droga determinado.

Las personas que sufren de trastorno de personalidad por evitación, son personas tímidas y aisladas debido al miedo a ser rechazadas. Este tipo de paciente tiene preferencia a las benzodiacepinas y alucinógenos.

Por último nos encontramos con el trastorno pasivo-agresivo y el trastorno depresivo.

El trastorno pasivo-agresivo manifiesta una conducta manipuladora. Estas personas no tienen autoconfianza y son pesimistas con el futuro. Mientras que el trastorno depresivo de la personalidad manifiesta síntomas depresivos parecidos a los de una persona que sufre distimia o depresión mayor (8).

Una vez explicado los diferentes tipos de trastorno de personalidad que nos encontramos, decir que los pacientes que padecen de un trastorno de personalidad, suelen entrar en contacto con sustancias tóxicas precozmente, produciéndose así la patología dual (1, 2).

2.3 Tratamiento en la patología dual

Nos encontramos con tres modelos de tratamiento en los pacientes con patología dual (1, 13):

- Modelo secuencial: Se proporciona tratamiento para uno de los trastornos en primer lugar con un equipo y posteriormente se proporciona tratamiento para la segunda patología con un equipo diferente al anterior.
- Modelo paralelo: Se abordan las dos patologías existentes al mismo tiempo pero en diferentes centros o dispositivos y con diferentes equipos terapéuticos.
- Modelo integrado: Se proporciona el tratamiento de los dos trastornos en el mismo centro o dispositivo y con el mismo equipo terapéutico.

Según varios artículos y guías de cuidados, el tratamiento integrado es el más eficaz y el que mejores resultados logra en cuanto a la adhesión al tratamiento reduciendo las hospitalizaciones, recaídas, problemas sociales y legales de los pacientes. Vemos que es el más eficaz debido a que se hace frente de forma simultánea tanto los trastornos psiquiátricos como los trastornos de abuso/dependencia de sustancias (1, 6, 13, 14).

2.4 Adherencia al tratamiento en patología dual

Se entiende por adherencia al tratamiento como *“la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido, lo que implica una negociación del plan de tratamiento entre profesional y paciente. Puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio en un hábito de vida o a la participación activa en un tratamiento psicológico.*

Se le otorga un papel más activo al paciente. En 1989, en la Conferencia de Brujas se señaló la adherencia terapéutica como un factor clave del tratamiento psiquiátrico” (1).

En la patología dual, la adherencia al tratamiento tiene una vital importancia pues está estrechamente relacionado con las recaídas.

Según el Ministerio de Sanidad, nos encontramos con que entre un 4% y un 12% de los pacientes con trastornos mentales sigue de manera adecuada el tratamiento, siendo este un valor muy bajo (1).

2.5 Perfil y características del paciente con patología dual

Este tipo de pacientes se consideran graves desde el punto de vista clínico, social y sanitario. El abordaje terapéutico es complejo y dificultoso, encontrándonos con ciertos problemas de los cuales podemos destacar la baja adhesión al tratamiento, mayor frecuencia de recaídas, mayor frecuencia de rehospitalización psiquiátrica, estancias hospitalarias más prolongadas, mayor prevalencia de TP asociados, una alta incidencia de problemas legales, aumento de la conducta suicida y agresiva, mayor tasa de desempleo, marginación social y mayor incidencia en problemas médicos producidos por conductas de riesgo, como el VIH, hepatitis C, enfermedades venéreas entre otras (1, 3, 13, 14).

En cuanto al perfil del paciente con un diagnóstico dual corresponde de una manera general con una persona joven-adulta, destacando una mayor prevalencia masculina, con estudios primarios y secundarios, soltero y conviviendo con la familia de origen. A veces, nos encontramos con antecedentes de abuso de sustancias por parte de los familiares (1, 3, 9, 15).

3. OBJETIVOS

- Conocer los tipos de trastorno de personalidad que tienen más prevalencia en patología dual con el consumo de cocaína.
- Identificar los elementos que inciden en la adherencia del tratamiento en la patología dual.
- Conocer la intervención que realiza enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados de patología dual.

4. METODOLOGÍA

Para conseguir los objetivos de este trabajo, se decidió realizar una revisión narrativa. Se llevó una búsqueda bibliográfica en bases de datos virtuales, tales como son

Dialnet, Cuiden, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Cochrane Plus y Pubmed. También se realizaron búsquedas en Google Scholar, donde se utilizaron las plantillas CASPe para verificar que los artículos seleccionados eran válidos. Para la búsqueda de dicho trabajo, se hizo uso de las siguientes palabras clave: *trastornos de la personalidad, cocaína, enfermería, adherencia al tratamiento, patología dual y diagnóstico dual (psiquiatría)*. En el caso de la BVS se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): *trastornos de la personalidad, cocaína, enfermería, adherencia al tratamiento y diagnóstico dual (psiquiatría)* y en el caso de Pubmed los Medical Subject Headings (MeSH): *psychiatric nursing, medication adherence, dual diagnosis y nurse*. Decir que en Cuiden las palabras clave han sido: *trastornos de personalidad, cocaína, enfermería, adherencia terapéutica y patología dual*. Se realizaron diferentes combinaciones entre las palabras clave, DeCS y MeSH anteriormente mencionadas, formulando diferentes estrategias de búsqueda para después utilizarlas en las bases de datos. En ellas, se utilizó el conector booleano “AND”.

Palabras clave	DeCS	MeSH
<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de la personalidad - Cocaína - Enfermería - Adherencia al tratamiento - Patología dual - Diagnóstico dual (Psiquiatría) 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de la personalidad - Cocaína - Enfermería - Adherencia al tratamiento - Diagnóstico dual (Psiquiatría) 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatric nursing - Medication adherence - Dual diagnosis - Nurse

Tabla 1: Palabras clave y términos DeCS y MeSH. Elaboración propia.

Consecutivamente se definieron los criterios de inclusión y de exclusión para limitar el número de artículos en las bases de datos. Los criterios de inclusión fueron que los estudios estuviesen escritos tanto en español como en inglés además de permitirse artículos desde el año 2000 hasta el año 2017, debido a que se encontraron muchos artículos de buena calidad pudiendo ser utilizados. Se admitieron artículos que no tenían por qué estar completos (“full text”), pues éstos se buscaron vía internet a través de otras herramientas virtuales para no perder información. Después de filtrar estos criterios, se descartaron los artículos en los que el título y su resumen no se ajustaban al tema de este trabajo (Tabla 2).

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Idioma: español e inglés • Textos desde el año 2000 hasta el 2017 • Artículos que se ajustasen al tema del trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Textos anteriores al año 2000 • Artículos que no se ajustaban al tema

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Elaboración propia

A parte de las búsquedas bibliográficas en las bases de datos, se han utilizado libros y revistas de la biblioteca de la Facultad de Medicina y Enfermería de la sección de Guipúzcoa y de la biblioteca central Carlos Santa María de San Sebastián. También se han utilizado artículos de diferentes páginas web oficiales tales como:

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)
- Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)
- Osakidetza

5. RESULTADOS

5.1. Resultados de búsqueda

Se obtuvieron 24 artículos utilizando las estrategias anteriormente descritas. A éstos, se les aplicaron los filtros del idioma (español e inglés) y del año (entre el año 2000 y el 2017). En la tabla 3 se encuentran recogidas las búsquedas realizadas en las diferentes bases de datos y sus resultados.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS OBTENIDOS	FILTROS	SELECCIÓN
DIALNET	Trastornos de la personalidad AND Cocaína	37	36	6
	Trastornos de la personalidad AND Enfermería	77	75	0
	Patología dual AND Enfermería	3	3	1
	Adherencia al tratamiento AND Patología dual	7	7	0
	Adherencia al tratamiento AND Enfermería AND Patología dual	0	0	0
BVS	Trastornos de la personalidad AND cocaína	517	258	4
	Trastornos de la personalidad AND enfermería	604	235	0
	Diagnóstico dual (Psiquiatría) AND enfermería	119	89	0
	Adherencia al tratamiento AND Diagnóstico dual (Psiquiatría)	32	32	0
	Adherencia al tratamiento AND Enfermería AND Diagnóstico dual (Psiquiatría)	1	1	0
CUIDEN	Trastornos de personalidad AND cocaína	1	1	0
	Trastornos de personalidad AND enfermería	44	35	1
	Patología dual AND enfermería	155	107	0
	Adherencia terapéutica AND patología dual	5	3	1
	Adherencia terapéutica AND Enfermería AND Patología dual	2	1	0
PUBMED	Medication adherence AND Psychiatric nursing	150	143	2
	Dual diagnosis AND Nurse	154	118	1
	Dual diagnosis AND Medication adherence AND Nurse	3	3	0
GOOGLE SCHOLAR	Trastornos de la personalidad AND cocaína	8070	7300	1
	Trastornos de la personalidad AND enfermería	21700	15600	0
	Patología dual AND enfermería	4040	3590	3
	Adherencia al tratamiento AND patología dual	2690	2480	4
	Adherencia al tratamiento AND Enfermería AND Patología dual	889	803	0

Tabla 3: Resultados de las búsquedas bibliográficas en las bases de datos. Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4, se mencionan todos los artículos utilizados en los resultados y clasificados cada uno de ellos por los objetivos a los que responden.

Fuente	Documento	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
DIALNET	Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores	√		
	Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II	√		
	Trastornos de Personalidad: una comparación entre consumidores de heroína, cocaína y alcohol	√		
	Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína: un estudio piloto	√		
	Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad		√	
BVS	Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio	√		
	Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento	√		
	Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión	√		
	Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual	√		
CUIDEN	Incumplimiento terapéutico. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.			√
	La adherencia en otras modalidades terapéuticas en salud mental		√	
GOOGLE SCHOLAR	Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias	√		
	Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias			√
	Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar las necesidades familiares de personas con trastorno mental grave			√
	Predicción de variables de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones		√	

Fuente	Documento	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
GOOGLE SCHOLAR	Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes		√	
PUBMED	The Effect of Nurse-Led Motivational Interviewing on Medication Adherence in Patients With Bipolar Disorder			√
	What influences patients' medication adherence? Mental health nurse perspectives and a need for education and training		√	
	How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis?			√
SEPD	Patología dual y enfermería: Revisión bibliográfica			√
OSAKIDETZA	Planes de cuidados estandarizados de enfermería en salud mental. Guías para la práctica			√
FEAFES	Aproximación a la patología dual. Propuestas de intervención en la red FEAFES		√	√
REVISTAS	Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico		√	
	Intervenciones enfermeras en el reingresador psiquiátrico		√	
LIBROS	Patología dual			√

Tabla 4: Clasificación de los artículos en relación a los objetivos. Fuente: Elaboración propia

5.2. Desarrollo

5.2.1. Conocer los tipos de trastorno de personalidad que tienen más prevalencia en patología dual con el consumo de cocaína.

Se han seleccionado 9 estudios para su análisis en la relación entre TUS con dependencia de cocaína y los trastornos de personalidad. De cada uno de estos estudios se recogen los siguientes aspectos: tamaño de la muestra, sustancia consumida, instrumentos de evaluación, prevalencia de TP y tiempo de abstinencia. En todos los estudios los sujetos se encuentran en fase de pretratamiento o en tratamiento.

Decir que la mayoría de los estudios elegidos, han utilizado el cuestionario Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II). Este es un cuestionario clínico autoaplicado

de evaluación de la personalidad. Está formado por preguntas del tipo verdadero/falso que proporciona información sobre 10 escalas básicas de personalidad, 3 escalas de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (Anexo 1), debido al objetivo de este trabajo solamente se muestran los resultados de las 13 escalas en la puntuación de Tasa-Base (TB) > 74 que indica sospecha de presencia de la enfermedad, existiendo otra puntuación de TB > 84 que indica severidad en el trastorno.

En la revisión bibliográfica realizada por Ana López y Elisardo Becoña, se seleccionan 41 estudios realizados con diferentes instrumentos de evaluación, en la que concluyen que el consumo patológico de cocaína se asocia a la presencia de trastornos de personalidad entre el 47% y el 97% de los sujetos, siendo los TP más prevalentes los trastornos límite, antisocial, histriónico, narcisista, pasivo-agresivo y paranoide. Además se asocian muchos casos de consumo problemático de cocaína con otros trastornos asociados como son la dependencia del alcohol, la depresión y la ansiedad (16).

En el estudio realizado por Fernández, Lorea, López y Landa, se utiliza el cuestionario MCMI-II en 35 sujetos en fase de pretratamiento siendo 30 varones y 5 mujeres. Aparece que el TP con mayor prevalencia es el antisocial (25,7%) seguido del pasivo-agresivo (14,28%) y del TP de evitación (14,28%). En este estudio los pacientes que presentaban una puntuación superior a 75 eran considerados de alta gravedad de abuso de sustancias, donde se aprecian los mismos TP en mayor porcentaje añadiendo el narcisista (17).

En el estudio "Trastornos de personalidad: una comparación entre consumidores de heroína, cocaína y alcohol" se seleccionan 114 sujetos de los cuales 28 son consumidores de cocaína que reciben tratamiento, sin especificar cuánto tiempo llevan con el tratamiento. Para la elaboración de este estudio se ha utilizado el cuestionario MCMI-II. Los autores muestran que los TP en mayor medida son el narcisista y el dependiente (42,9%) seguido por poca diferencia el antisocial y el pasivo/agresivo (35,7%), mientras que en la escala de personalidad patológica el TP límite y paranoide (14,3%) quedan muy por detrás de los mencionados anteriormente. En este estudio los autores también reflejan como la heroína tiene relación con otros TP como son: fóbica (50%), esquizoide (35%) y dependiente (30%), siendo el TP límite un poco mayor que el de cocaína (15%) y como el alcohol tiene también relación con diferentes TP como son: autodestructiva (47,8%), esquizoide, fóbica y pasivo/agresiva (43,5%), siendo el TP límite mayor que las dos anteriores drogas (17,4%) (18).

En el estudio “Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II”, se realiza una comparación entre 60 pacientes adictos a la cocaína que acuden en busca de ayuda al programa de tratamiento ambulatorio para la adicción a sustancias estimulantes de Proyecto Hombre de Navarra y 50 personas sin problemas de consumo de drogas. Entre los adictos a la cocaína, se observa que se ven afectadas por el TP 22 personas, de los cuales los TP pasivo-agresivos y el dependiente (10%) son los más prevalentes, seguidos muy de cerca del trastorno obsesivo-compulsivo y del histriónico de la personalidad (6,7%). Los trastornos menos representados en este grupo son el antisocial y límite (3,3%) y el trastorno autodestructivo (1,7%). Por otro lado en el grupo control se ven afectados 8 personas en la que destacan el trastorno fóbico y dependiente de la personalidad (19).

Otro estudio realizado para conocer la comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio en distintos centros de drogodependencias de la provincia de Málaga, se escogen 110 consumidores de cocaína en tratamiento que se encontrasen en un periodo de abstinencia de al menos 30 días. Se evalúa con la entrevista semiestructurada PRISM (entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y por sustancias). En él, se encuentra una prevalencia del 20% de trastorno antisocial de la personalidad y 20,9% de trastorno límite de la personalidad dentro de los TP (20).

El estudio llevado a cabo por Pedrero, Puerta, Lagares y Sáez, recoge una muestra de 141 sujetos de los cuales 32 son dependientes a la cocaína sin detallar si se encuentran en la fase de inicio, en preparación, en la de adicción o en la de mantenimiento del tratamiento. Todos los sujetos cumplimentan el MCMI-II. En él, se muestra que las personas dependientes a esta droga tienen relación con los trastornos de personalidad dependiente (46,9%), pasivo/agresivos (46,9%) y autodestructivos (40,6%) teniendo una menor prevalencia el TP antisocial (37,5%) y límites, narcisista e histriónica (31,3%) aunque siguen siendo un porcentaje alto. Con el consumo de cocaína, el porcentaje de los TP dependiente, pasivo/agresiva, autodestructiva y límite son más altos en comparación con el consumo de heroína y alcohol (21).

Unos resultados muy similares al anterior estudio, son los hallados por Pedrero en el estudio titulado “Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores” donde se recurre nuevamente al cuestionario MCMI-II. En él, se recoge una muestra de 187 sujetos por abuso o dependencia por diferentes sustancias que se encuentran realizando tratamiento sin especificar el tiempo que llevan. De estos 187 sujetos se encuentran 44 hombres y 8 mujeres dependientes a la cocaína. En el interior del estudio se muestra de manera

desglosada, con unos valores medios y por grupos según la droga que motiva la demanda de tratamiento. Los TP más prevalentes en dependientes de la cocaína, son el límite (50,0%), el antisocial (40,5%), el pasivo/agresivo (40,5%) y el narcisista (39,8%), siguiéndole de muy cerca el histriónico (36,8%) con un porcentaje muy similar. En este estudio no se encuentra tanta diferencia entre el alcohol, la heroína y la cocaína (22).

El estudio “Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento” realizado en centros públicos de drogodependencias de Galicia realizado con el cuestionario MCMI-II, recoge una muestra de 102 pacientes con dependencia a la cocaína siendo. Los sujetos se encuentran en tratamiento por consumo de cocaína como droga principal y deben llevar un mínimo de tres y un máximo de seis semanas de abstinencia. El artículo muestra que en las escalas básicas de personalidad destacan la histriónica (22,5%), dependiente (21,6%), la narcisista (16,7%), la antisocial y la agresivo/sádica (15,7%). Mientras que en las escalas de personalidad patológica destacan el TP límite (8,8%) y el paranoide (7,8%). Por lo que el 62,7% de la muestra pertenece al grupo B de trastornos de la personalidad (23).

Un estudio llevado a cabo en Madrid, sobre la prevalencia de la patología dual y el abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos realizado en los centros de tratamiento de drogas de la Comunidad de Madrid y en los centros de salud mental de la Comunidad de Madrid, se muestra la prevalencia de TP de una manera diferente a lo hasta ahora visto. Utilizando la entrevista estructurada Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI) y el Personality Disorder Questionnaire (PDQ), comparan 488 personas adictas a la cocaína con otros TUS relacionados, con otras 222 personas adictas sin abuso de cocaína, todas ellas en tratamiento sin especificar cuánto tiempo. De ésta manera se puede observar la prevalencia desde otra perspectiva. Las diferencias más destacables entre estos dos grupos se dan en el trastorno antisocial de la personalidad que es más prevalente en adictos a la cocaína, mientras que los TP esquizoide, depresivo y obsesivo-compulsivo son más prevalentes en el resto de adictos sin cocaína (11).

5.2.2. Identificar los elementos que inciden en la adherencia del tratamiento en la patología dual

En el estudio retrospectivo realizado por Carlos Sirvent, María de la Villa y Pilar Blanco “Predicción de variables de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones”, se recoge una muestra de 87 pacientes, donde por un lado 42 personas son

considerados de riesgo de abandono debido a que anteriormente recibieron el alta por abandono en los primeros 59 días y por otro lado 45 personas que son consideradas como grupo control debido a que estos sujetos anteriormente permanecieron al menos 60 días con el tratamiento. Se realiza una comparativa entre estos dos grupos, encontrándose que en el grupo de riesgo de abandono en comparación con el grupo control tiene: mayores deseos de consumo, falta de conciencia de enfermedad, mayor presión del exterior pues ingresan bajo presión externa como motivación, mayor desmotivación perdiendo fuerza con cada obstáculo, mayores sentimientos adversos o negativos que les genera un estado de malestar, mayor sensación de autosuficiencia cuando no es cierto y piensan que ya se han rehabilitado, mayor descontento con la modalidad del tratamiento y mayor insatisfacción con la atención recibida por parte del equipo profesional dándose porcentajes muy contrarios entre un grupo y otro. Hay que decir que en este estudio no se encuentra relación entre el abandono del tratamiento y otros factores como son los problemas socio-familiares, la sustancia consumida y el trastorno psicopatológico (24).

En el estudio exploratorio del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid sobre las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes, se recogen 53 pacientes que abandonaron el tratamiento en un periodo de 15 meses. El método utilizado para la realización de este estudio fue realizar una entrevista telefónica realizada por un psicólogo y una enfermera con el uso de la historia clínica para hallar las razones por las que abandonaron el tratamiento. El 32,3% debido a la incompatibilidad con el trabajo o con el cambio de domicilio, el 29% abandono debido a una mejoría autodecidida por sentir una mejoría satisfactoria, el 22,6% debido a la inadecuación del programa, pues no conectaban con los profesionales, el 9,7% debido a un mal cumplimiento por baja motivación o porque no querían dejar de consumir y el 6,5% por problemas económicos o cambio de centro (25).

En el estudio "La adherencia en otras modalidades terapéuticas en salud mental", se realiza una encuesta a 22 profesionales de la salud mental de los cuales 10 son enfermeras, 5 psicólogos, 5 psiquiatras y 2 trabajadores sociales. En él, se recogen los factores que inciden positivamente en la adherencia terapéutica según los profesionales. En este artículo se apoyan en estudios que corroboran lo dicho por los profesionales encuestados en relación a los factores que afectan en la adherencia. Los factores corroborados que inciden positivamente en la adherencia son, el fomentar una participación activa de los pacientes, el proporcionar información clara y comprensible tanto al paciente como a la familia, el considerar las costumbres y estilos de vida de

los pacientes y la implicación de la familia en el proceso. También se ha comprobado que si ocurre el incumplimiento de la toma de medicación no se debe culpabilizar al paciente por lo que esto estaría relacionado con la empatía, la tolerancia y la confianza. Asimismo, también se demuestra que una buena relación terapéutica permite entenderse mejor para entablar una estrategia terapéutica siendo aceptada como propia por el paciente. Otro aspecto a tener en cuenta es que la motivación por parte del profesional contribuye a mejorar la adhesión al tratamiento (26).

Los factores que inciden positivamente en la adherencia recogidos por la encuesta a los diferentes profesionales de salud mental, los divide en cuatro subgrupos: factores relacionados con el paciente, con el proceso terapéutico, con el terapeuta y con el entorno (Anexo 2) (26).

En el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada se realizó un estudio sobre los aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de personalidad, donde se acoge una muestra de 95 pacientes con trastorno por dependencia a la cocaína de los cuales 51 sujetos presentan un TP siendo la distribución la siguiente: 4 personas con TP antisocial, 16 personas con TP límite, 11 con histriónico, 1 con TP narcisista, 11 con TP evitativo y 6 con TP obsesivo-compulsivo (27).

Con los resultados de este estudio se obtiene que una percepción de calidad de vida baja al comienzo del tratamiento, se relaciona con los elementos tales como la motivación para realizar el tratamiento, conciencia del problema, los sentimientos adversos y los deseos de consumo y por lo tanto con un mayor riesgo de abandono. Mientras que con el cuestionario VPA-30 (variables de abandono y adherencia al tratamiento) con los factores del cuestionario de impulsividad, el riesgo de abandono de tratamiento se correlaciona con los sentimientos adversos, deseos de consumo, nivel de conciencia del problema, con la baja confianza en el programa terapéutico y su aceptación. Por el contrario, con el cuestionario UPPS (escalas de impulsividad) no se relaciona la premeditación, la perseverancia y la búsqueda de sensaciones con mayor riesgo de abandono. Este estudio no ha podido demostrar que el patrón de consumo está relacionado con el riesgo de abandono. Además, se encuentra que el riesgo de abandono en los dos primeros meses de tratamiento no es diferente en las personas con TP comparándola con las personas que sufren otras psicopatologías. Lo que sí se muestra, es que sí existe relación entre la impulsividad y la adherencia produciendo un mayor riesgo de abandono. Los TP que mayor riesgo tienen de abandonar el tratamiento son los impulsivos recalcando el antisocial (27).

En correspondencia a la idea de si existe relación entre el abandono del tratamiento y el trastorno psicopatológico, Carlos Sirvent menciona una revisión sistemática que contiene 243 artículos titulado “Adherencia terapéutica y personalidad: una revisión sistemática”, donde sí relaciona que las personas con TP tienen mayores dificultades para cambiar actitudes sobre el tratamiento, tasas más bajas en la adherencia y mayor probabilidad de producirse un fracaso terapéutico debido a la baja adherencia (28).

Un estudio exploratorio titulado “What influences patients’ medication adherence? Mental health nurse perspectives and a need for education and training”, se centra en 48 enfermeras de salud mental que se encuentran con pacientes de manera activa en Australia. Estos profesionales oscilaban entre 2 meses y 35 años de experiencia en salud mental. Los cuestionarios completados por los profesionales, es una versión modificada de la Escala de Influencias en la Medicación (ROMI). El ROMI sirve para detectar los factores que los pacientes perciben que son las razones por el que cumplen o incumplen con la medicación. Las enfermeras de salud mental dicen en este estudio, que las razones más influyentes del incumplimiento terapéutico son la falta de conciencia de enfermedad, los efectos secundarios de la medicación, el estigma de enfermedad, las ganas de consumo de sustancias y la relación profesional-paciente. En el estudio se muestra que estos factores son consistentes con otros autores que también creen que estos elementos afectan a la adherencia (29).

En el estudio descriptivo y retrospectivo “Intervenciones enfermeras en el reingresador psiquiátrico”, toman como muestra 19 pacientes que reingresan tres veces o más durante el estudio con patologías trastorno afectivas y de personalidad siendo ésta última el 63,15%. En él, se destaca que el 84,2% de los pacientes tienen problemas socio-familiares, en un 34,1% de los reingresos ha habido recaída en el consumo y en el 26,5% de los reingresos se debe a un abandono o toma inadecuada del tratamiento (30).

Por último, decir que en la guía realizada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, se proporcionan las redes de apoyo en la patología dual que aumentan la adherencia al tratamiento, siendo estas: la conciencia de enfermedad, la relación paciente-profesional teniendo que ser esta empática estableciendo un buen clima terapéutico y la motivacional antes del abandono del tratamiento. En ésta guía se da gran importancia a la familia y su colaboración, siendo imprescindible enseñarles cómo deben comportarse y los límites que deben poner (3).

5.2.3. Conocer la intervención que realiza enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados de patología dual

En la revisión bibliográfica “Patología dual y enfermería: revisión bibliográfica” de la revista Patología Dual, se recoge que dentro de los cuidados que enfermería efectúa, está el realizar valoraciones holísticas, efectuar diagnósticos, planificar los cuidados y ejecutarlos. Además, se recoge que las actividades más específicas son las siguientes: crear una relación terapéutica con el paciente basada en la confianza profesional, ayudar a la adhesión al tratamiento, supervisar la medicación prescrita, valorar el estado psicopatológico, realizar intervenciones motivacionales para estimular el cambio, favorecer hábitos saludables, entrenar en habilidades sociales, evaluar el estado físico del paciente de forma regular y realizar educación para la salud en hábitos de vida higiénico-dietéticos saludables (6).

Se halla una revisión sistemática de 13 estudios “ How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm and motivational interviewing interventions in the treatment of patient with a dual diagnosis?”, en la que uno de sus objetivos es el inspeccionar la eficacia de la entrevista motivacional y el de la reducción de daños en pacientes con patología dual. En esta revisión se describen los resultados obtenidos por los diferentes autores en el que demuestran que hay una reducción del uso de sustancias en ambas técnicas. En el estudio de McCoy M, et al. indican que hay una reducción de consumo de alcohol a los 18 meses y reducciones en el número de hospitalizaciones. Hay poco que sugiera que la entrevista motivacional o la reducción de daños fueran la causalidad de esto último. Mientras Hulsey G. y Tait R., muestran que hay una reducción en el consumo de alcohol a los 6 meses en ambos grupos, clasificando a tres individuos en una categoría peor, 25 en la misma categoría, otros 25 mejorando en un nivel y 23 en dos niveles. Baker A. et al. exponen que no existen diferencias significativas en los cambios en el consumo de sustancias y la sintomatología desde el pre-tratamiento hasta los 3 meses, siendo mayor la reducción en la entrevista motivacional que en el grupo donde utilizan fármacos. Este mismo autor dice, que el funcionamiento social y la sintomatología mejoraron significativamente con el tiempo en los dos grupos. Por último Graeber, et al. muestra mejoras significativas en la disminución de consumo de alcohol a las 4, 8 y 24 semanas en el grupo de entrevista motivacional (31).

En relación a las intervenciones motivacionales y abusos de sustancias, se encuentra un estudio de Kristin McKenzie, donde el objetivo de este estudio es comprobar el efecto de la entrevista motivacional sobre la adherencia a la medicación en 14 pacientes que tuviesen una adherencia menor del 80% y que no estuviesen en ese

momento en un programa de tratamiento por abuso de sustancias. El autor explica que el objetivo de la entrevista es lograr cambios del comportamiento con el uso de la empatía y ayudando a los pacientes a resolver discrepancias sobre los cambios de comportamiento. La entrevista motivacional es utilizada para facilitar un enfoque sin confrontación a los pacientes produciendo la expresión de la empatía, crear discrepancias de falsas creencias, evitar el enfado, eliminar las resistencias y apoyar la autoeficacia. En estas entrevistas se observan los sentimientos y las opiniones de los pacientes, mejorando su motivación. Con éstos se debe entablar una buena relación, reflexionar y elogiar toda conversación que venga de los participantes (32).

Esta intervención realizada por enfermería, tuvo una durabilidad de 3 semanas en la que se realizaba una sesión de entre 45-60 minutos y dos intervenciones telefónicas de 20 minutos de media para realizar seguimiento. Los resultados de este estudio demuestran que hay un cambio significativo a lo largo del tiempo medido a través de datos pre, mediado y posterior a la entrevista motivacional en el que mejoran en la adherencia a la medicación a través de la entrevista semiestructurada. Con la entrevista semiestructurada, se ve que la adhesión a la medicación aumenta de un 67,8% a un 94,3%. Se registraron todos los medicamentos que eran ingeridos tarde, no eran tomados o tomados en exceso y el comportamiento de los pacientes 30 días antes de la entrevista. Además se realiza una encuesta a los participantes en el que indican el alto nivel de satisfacción con ésta intervención (32).

En el "Protocolo de intervención de enfermería en los centros de atención a las drogodependencias" también aplican la entrevista motivacional tanto para aumentar la adherencia al tratamiento como para la lograr la abstinencia o la máxima reducción del consumo de sustancias en pacientes con patología dual (33).

En este mismo protocolo se describe que enfermería, en la patología dual, debe aportar cuidados integrales tanto al paciente como a su familia, de una manera dinámica, flexible y personalizada, reforzando y ayudando a adquirir habilidades para que puedan realizar su autocuidado, poseer autonomía y conseguir su rehabilitación y reinserción en la vida social (33).

Para conseguir y mantener la adherencia al tratamiento, uno de los contenidos a trabajar es la participación e implicación de la familia en el tratamiento no farmacológico. En relación a este punto, en el mismo protocolo, se encuentran autores tales como Pender que dicen que la colaboración de las familias y comunidades son favorables para alcanzar el bienestar del paciente siendo fuentes de influencia interpersonal que pueden facilitar la mejoría de la conducta (33).

Para lograr la implicación familiar en el tratamiento, enfermería debe actuar: informando específicamente sobre sustancias y efectos, motivando a la familia para su implicación en el proceso del cambio, reforzando el papel familiar como apoyo y acompañamiento en el proceso, identificando la capacidad de negociación y el manejo de los límites y normas y en la detección de situaciones que necesiten la derivación a otros profesionales (33).

En las guías para la práctica de Osakidetza, una de las actividades a realizar por enfermería cuando el paciente no tiene conciencia de enfermedad para que no incumpla el tratamiento es el incluir a la familia en el plan terapéutico siempre y cuando se pueda (34).

En relación a las necesidades familiares, en el estudio “Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar las necesidades familiares de personas con trastorno mental grave” se realiza una encuesta a 77 familias y a los dos meses se realiza un retest a 55 de ellas. Los resultados indican que muchas de las necesidades no han sido satisfechas, como por ejemplo: cómo reaccionar antes las conductas poco razonables del paciente, saber para qué sirve la medicación y cuáles son sus efectos secundarios, saber qué hacer para evitar el abandono del tratamiento, necesidad de descansar y de reducir la sensación de responsabilidad, recibir ayuda para sustituir en el cuidado del familiar enfermo, etc. siendo estas dos últimas las necesidades menos satisfechas (35).

En la guía de FEAFES “Aproximación a la patología dual, propuestas de intervención en la red FEAFES” dice que es conveniente asignar un profesional de cada disciplina como referente que realice la función de gestor de cada paciente para facilitar su seguimiento y proporcionar así apoyo a los familiares (3).

En el artículo “Incumplimiento terapéutico: estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento”, los autores dicen que hay otros beneficios de la personalización, tales como que el paciente al identificar claramente a la enfermera responsable de él, consigue un mayor nivel de independencia en los cuidados y aumenta la satisfacción en la relación y la comunicación al saber que alguien conoce su proceso (36).

6. DISCUSIÓN

El primer objetivo de este trabajo, ha sido analizar algunos estudios que valoran el tipo de trastorno de personalidad en personas con dependencia a la cocaína.

Cuando se comparan los resultados de los diferentes estudios, hay que decir que los trastornos de personalidad más prevalentes han sido los del grupo B sobre todo el

antisocial junto al pasivo/agresivo, pero no ha habido un acuerdo de cuál de los trastornos de personalidad destaca más. En algunos estudios destacan el antisocial, mientras que en otros es el límite, el pasivo/agresivo, el narcisista, el histriónico o el dependiente (16).

Hay que decir que en el estudio “Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual” que realiza una comparativa entre personas con TUS con consumo de cocaína y TUS sin consumo de cocaína, se halla que el TP antisocial es más prevalente en personas que consumen cocaína (11).

En cuanto al diagnóstico del trastorno de personalidad, decir que la entrevista diagnóstica semiestructurada consigue diferenciar los trastornos mentales primarios de los inducidos por la droga, por lo tanto, habría que realizar más estudios comparativos con otros instrumentos para ver si se trata de un instrumento más valioso para poder evaluar al paciente (20). También se demuestra que utilizando los autoinformes tales como el MCMI-II, se obtienen mayores tasas de trastorno personalidad en comparación a las entrevistas clínicas por lo que habría que estudiar si es conveniente realizar estos estudios con los autoinformes (37).

Hoy en día hay aspectos a mejorar sobre la patología dual, comenzando por una definición que sea admitida por el DSM y CIE. Que en estos dos no esté definido, provoca un retardo en el diagnóstico del paciente produciendo un desfavorecimiento en el tratamiento de éstos. Este hecho ha ocurrido debido a que todavía hay profesionales que no reconocen la patología dual como tal (1, 6).

Para poder comparar los estudios escogidos, hay que decir que ha habido limitaciones que se han encontrado en varios de estos y han sido las siguientes:

- 1- Se han encontrado estudios donde los pacientes consumían varias drogas pero era la cocaína por la que pedían ayuda.
- 2- El tiempo de abstinencia que se requería en cada estudio era una variable diferente, en algunos estudios no dicen el tiempo de abstinencia mientras que en otros se pide algunos días o semanas.
- 3- Los diferentes instrumentos de evaluación que se utilizan, no permiten realizar comparaciones entre los datos que se consiguen de entrevistas estructuradas/semiestructuradas o cuestionarios autoaplicados.
- 4- Se encuentra algún estudio en el que utilizan dentro del MCMI-II una Tasa-Base específica sin evaluarlos todos.

El segundo de los objetivos de este trabajo, ha sido identificar las variables del abandono y adhesión del tratamiento. En la mayoría de los estudios encontrados, coinciden en los factores que afectan, tales como los efectos secundarios farmacológicos, motivación, sentimientos adversos, aumento de ganas de consumo, la relación terapéutica, el estigma de la enfermedad, la situación familiar, la conciencia de enfermedad y la presión externa entre otras (3, 24, 26, 29, 30). Sólo se ha encontrado un artículo donde no se encuentran correlaciones significativas con la situación socio-familiar ni con la psicopatología (24).

Donde sí se encuentran discrepancias, es en la idea de si existe mayor relación entre el abandono terapéutico y el trastorno de personalidad. Se encuentran estudios donde dicen que sí consta relación con la presencia de TP, sobre todo en los que hay una mayor impulsividad, (26, 27, 28, 30) mientras que en otros no obtuvieron correlaciones significativas (24, 38). Por lo que, habría que realizar más estudios para poder desarrollar este tema y llegar a una conclusión clara.

Otro elemento que incide en la adherencia terapéutica y que coinciden en los diferentes estudios y documentos hallados, es la relación y comunicación paciente-profesional.

Es muy importante que el equipo multidisciplinar mantenga una buena relación con el paciente utilizando una adecuada comunicación con éste, ya que, aumenta la satisfacción respecto a la relación al saber el paciente que alguien conoce por completo su proceso y toma estrategias específicas para cada caso. Se hallaron cuatro estudios donde afirman que la comunicación es una herramienta valiosa que facilita planificar unos cuidados de salud integrales, motivar al paciente para lograr los objetivos exitosamente, disminuir sentimientos adversos y mejorar la adherencia al tratamiento (24, 26, 27, 36).

En el único estudio que se le ha dado importancia a la motivación por parte del profesional sanitario es en el titulado “La adherencia en “otras modalidades terapéuticas” en salud mental” y en la comunicación “Incumplimiento terapéutico. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, por lo que se debería también estudiar la motivación del profesional para la adherencia al tratamiento (26, 36).

Por último, el tercer objetivo ha sido conocer las intervenciones que enfermería realiza para la mejora en la adherencia del tratamiento en pacientes con patología dual. Se ha hallado que la entrevista motivacional es una intervención realizada por enfermería en la que no sólo se utiliza en la patología dual, sino que también se utiliza para la

adhesión a la medicación en enfermedades mentales y para la reducción del consumo de sustancias (31, 32).

En el estudio de Kristin McKenzie, se excluyen a las personas con TUS en tratamiento debido a que los autores dicen que el cambio de comportamiento es difícil cuando la persona trata de cambiar muchas cosas a la vez (32). En cambio, en la revisión bibliográfica "How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm and motivational interviewing interventions in the treatment of patient with a dual diagnosis?" afirman que la entrevista motivacional es efectiva para reducir el consumo de sustancias en pacientes de patología dual. En la mayoría de los estudios se demuestra que la entrevista motivacional es eficaz para mejorar la adherencia a la medicación y para reducir el consumo de sustancias (31). No se han encontrado estudios en el que se utilice la entrevista para aumentar la adhesión y reducir el consumo en la misma persona al mismo tiempo, así que se debería estudiar si es posible esa opción.

En los estudios encontrados sobre la entrevista motivacional, demuestran que es eficaz en la adherencia a la medicación y en la reducción de consumo de sustancias pero requiere de formación especializada. Por lo que una intervención centrada por enfermería basada en la co-responsabilidad con una comunicación efectiva, podría ser beneficioso para los pacientes (31, 32).

Por otro lado, se debe reconocer la labor que producen los familiares, por lo que todo profesional de salud mental debe centrarse en identificar las necesidades de los cuidadores, teniendo que realizar varias entrevistas a los familiares para realizar un seguimiento y así prevenir la sobrecarga. Con estas entrevistas, además se debe de identificar estados emocionales negativos en los familiares hacia el paciente y su enfermedad ya que éstos, están relacionados con el abandono del tratamiento del paciente (35).

El profesional de salud mental debe de acompañar en la búsqueda de grupos de apoyo o asociaciones para poder completar sus necesidades y así evitar la sobrecarga. Estos grupos proporcionarían a las familias herramientas y estrategias para saber enfrentarse a este tipo de pacientes además de recibir apoyo de personas que pueden encontrarse en su misma situación (3).

A parte de esto, el equipo multidisciplinar debe educar tanto al paciente como a la familia para que consigan comprender el trastorno por uso de sustancias, tratamientos disponibles, causas de las recaídas y estrategias para prevenirlas. Como

anteriormente se ha mencionado, también se debe de proporcionar información a las preguntas o inquietudes que tengan los pacientes y sus familiares (3).

7. CONCLUSIONES

- El consumo de cocaína tiene relación con el TP sobre todo con los de la clase B, siendo los más prevalentes los TP antisocial, narcisista, límites, histriónico y pasivo/agresivos.
- Se debería utilizar en todos los estudios los mismos instrumentos y las mismas características de participantes para poder llegar a una conclusión y conocer cuál es el TP que más prevalencia tiene.
- Se reconoce que la motivación tanto por parte del paciente como del profesional, la conciencia de enfermedad, la impulsividad, los sentimientos adversos, la relación paciente-profesional, la situación familiar, la presión externa, los efectos secundarios de los psicofármacos, las pautas complicadas, los deseos de consumo, el estigma de enfermedad, las expectativas y la sensación de autosuficiencia son elementos que inciden en la adherencia del tratamiento.
- Se puede afirmar que los TP impulsivos subrayando el TP antisocial, tienen un riesgo mayor de abandono de tratamiento debido a que existe una relación con la impulsividad.
- No queda claro si la psicopatología tiene relación con la adherencia a la medicación.
- Se encuentra muy poca información sobre la intervención de enfermería en la patología dual.
- La entrevista motivacional es una herramienta efectiva que enfermería utiliza tanto para la adherencia a la medicación como para la reducción del consumo de sustancias en personas con patología dual.
- Toda intervención deberá de ser apoyado por la escucha activa, respeto, confianza y trato cercano y personalizado, siendo todo esto clave para mejorar la relación paciente-enfermería y así potenciar la adherencia al tratamiento.
- Es imprescindible que el equipo multidisciplinar trabaje con la familia pues, la familia tiene un rol muy importante en la evolución del paciente y no podemos permitir que ésta se sobrecargue. La escucha activa, mostrar disponibilidad y proporcionar información sobre asociaciones donde puedan acudir para intercambiar

experiencias, son algunos de los elementos que los profesionales de salud mental deben tener en cuenta para que los familiares se sientan apoyados.

8. REFLEXIÓN PERSONAL

Antes de realizar las prácticas en el hospital psiquiátrico de San Juan de Dios, no tenía mucha idea de lo que era la patología dual pero en cuanto entré en contacto con esta enfermedad comencé a interesarme de cuáles eran los cuidados que enfermería proporcionaba de una manera comunicativa. Desde hace muchos años la comunicación me parece fascinante y poder ayudar con ella es lo que me atrajo a este tema.

A lo largo del trabajo me he encontrado con algunas dificultades, comenzando por el que la definición de patología dual no está contemplada ni en el DSM ni en el CIE. Por otra parte, esperaba encontrar más información relacionada con las intervenciones que realizaba enfermería en la adherencia del tratamiento en pacientes con patología dual.

Este trabajo me ha hecho ver que la patología dual todavía es un terreno complejo y desconocido en el que queda mucho por investigar, pues es una enfermedad complicada que está rodeada por frustración tanto del personal sanitario como del paciente y los que le rodean.

Existe un bajo conocimiento por parte de los profesionales, por lo que se ha considerado el desarrollar un registro sobre los recursos integrados que están disponibles para que los profesionales sanitarios puedan abordar el tema.

El papel que desempeña enfermería en la patología dual es esencial para el tratamiento, pues son éstos los profesionales que más en contacto se mantienen con el paciente y con el que crearan una relación sustentada en la confianza que hará que el paciente exprese sus sentimientos, inseguridades, miedos, etc. Con este tipo de relación, enfermería podrá mejorar la adherencia terapéutica motivando, proporcionándole apoyo y haciéndole ver que estamos ahí.

En relación al paciente con TP y los datos obtenidos con el riesgo de abandono de tratamiento, hay que decir que el equipo multidisciplinar debe tener mayor cuidado especialmente con los TP más impulsivos, sobre todo el antisocial, debido a que la impulsividad es un factor que tiene relación con el abandono de tratamiento. Se debe de poner mucha atención para poder detectar de una manera precoz el abandono terapéutico, pues se trata de uno de los pilares para la evolución del paciente y así evitar recaídas.

Es muy importante que los centros psiquiátricos y las unidades de patología dual estén formadas por equipos multidisciplinares cualificados, en el que no vale un profesional que esté trabajando en estas unidades por trabajar en algo. Se necesita personal con mucha motivación, energía y positividad, pues si el personal no está motivado o se encuentra desgastado ¿cómo va a poder dar unos cuidados de calidad en éste ámbito tan relacionado con la motivación?

Por otro lado, se debe potenciar la formación de profesionales específicamente en la patología dual para proporcionar unos cuidados adecuados. Decir que la preparación de enfermería en la entrevista motivacional para la mejora en la adhesión del tratamiento, debería de promocionarse para trabajar tanto en hospitales como en atención primaria y centros de salud mental.

Decir que en algunos artículos no nombran a enfermería como parte del equipo multidisciplinar y es algo que debe cambiar, pues enfermería tiene un papel fundamental y un contacto muy directo con los pacientes.

En mi opinión, creo que hay una necesidad de realizar más estudios sobre la patología dual y la enfermería. Es importante la elaboración de guías de enfermería donde se vean y se confirmen cuáles son las pautas para mejorar la calidad del cuidado que ya se proporciona. Además de ello, se debería trabajar sobre los programas existentes para la detección precoz y tratamiento de la patología dual para mejorarlo, además de mejorar los dispositivos tales como los hospitales de día donde nos encontramos una insuficiencia.

Actualmente han comenzado a brotar equipos sanitarios especializados dedicados a la patología dual debido a la necesidad que existe. Pero a pesar de ello, sigue habiendo puntos débiles tales como:

- La no existencia de coordinación entre los módulos asistenciales a pacientes con TUS y salud mental.
- El acceso del paciente que sufre patología dual a la asistencia sanitaria específica, normalmente es tardía y su atención puede ser escasa.
- Son escasos los programas específicos multidisciplinares para los problemas de la patología dual.
- Son escasos los dispositivos de hospitalización completa y parcial en la patología dual como son los hospitales de día.

Por lo que se deberían establecer procedimientos para la detección y tratamiento precoz de la patología dual y mejorar los servicios con programas específicos y en el caso de que no existiesen, crearlos.

Hay que decir que la formación de grupos de familiares para el apoyo a otras personas, ha supuesto un avance importante en el conocimiento de este trastorno en el que todavía queda mucho trabajo por realizar.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ortiz A, Alonso I, Ubis A, Ruiz MA. Patología dual. Barcelona: Elsevier; 2010.
- (2) Peris L. Patología dual: protocolos de intervención [Internet]. Barcelona: EdikaMed; 2016 [acceso 27 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/2-PDUAL-personalidad.pdf>
- (3) Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Aproximación a la patología dual: propuestas de intervención en la red FEAFES [Internet]. Madrid: FEAFES; 2014 [acceso 27 diciembre 2016]. Disponible en: <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/Aproximacion-patologia-dual.pdf>
- (4) Eby L, Brown NJ. Cuidados de enfermería en salud mental. 2ª ed. Madrid: Pearson; 2010.
- (5) American Psychiatric Association. DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.
- (6) Torrijos M, Palomino A. Patología dual y enfermería: revisión bibliográfica. Rev Patol Dual [Internet]. 2017 [acceso 27 diciembre 2016];4(1):3. Disponible en: http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2017_03.pdf
- (7) Daley DC, Zuckoff A. Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y pacientes drogodependientes. Barcelona: Glosa; 2004.
- (8) Rebraca L. Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos. 6ª ed. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana; 2007.
- (9) Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe europeo sobre drogas, 2016: tendencias y novedades [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2016 [acceso 27 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/2016InformeEuropeoDrogas.pdf>
- (10) Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2016: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2016 [acceso 23 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
- (11) Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babin F. Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio

Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2012 [acceso 27 diciembre 2016];6(3):121-128. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989112001851>

(12) Esfors J, Juan-Porcar M, García T. Descripción del paciente del programa de patología dual grave. Enferm Integr [Internet]. 2012 [acceso 29 diciembre 2016];1(98):7-10. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/98/ENF-INTEG-98.pdf>

(13) Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B, Barral C, et al. Libro blanco: recursos para pacientes con patología dual en España: resultados de una encuesta a nivel nacional [Internet]. Madrid: Saned; 2015 [acceso 27 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual.pdf>

(14) Usieto EG, Pernia MC, Pascual C. Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. Rehabil Psicosoc [Internet]. 2006 [acceso 12 enero 2017];3(1):26-32. Disponible en: <http://www.fearp.org/revista/publicados/3/2632.pdf>

(15) Torrens M. Patología dual: actual y retos de futuro. Adicciones [Internet]. 2008 [acceso 29 enero 2017];20(4):315-320. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255/244>

(16) López A, Becoña E. Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. Adicciones [Internet]. 2006 [acceso 29 diciembre 2016];18(2):161-196. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/150.pdf>

(17) Fernández-Montalvo J, Lorea I, López-Goñi JJ, Landa N. Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína: un estudio piloto. Anál Modif Conducta [Internet]. 2003 [acceso 18 enero 2017];29(123):79-98. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/235224996_Trastornos_de_personalidad_en_adictos_a_la_cocaina_un_estudio_piloto

(18) Araque F, De los Riscos M, De la Casa L, López-Torrecillas F. Trastornos de personalidad: una comparación entre consumidores de heroína, cocaína y alcohol. Rev Esp Drogodepend [Internet]. 2004 [acceso 17 diciembre 2016];29(3-4):224-237. Disponible en: http://www.aesed.com/descargas/revistas/v29n3-4_4.pdf

(19) Lorea I, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Landa N. Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. Adicciones [Internet]. 2009 [acceso 11 enero 2017];21(1):57-64. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/252/241>

- (20) Araos P, Vergara-Moragues E, Pedraz M, Pavón FJ, Campos R, Calado M, et al. Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. Adicciones [Internet]. 2014 [acceso 11 enero 2017];26(1):15-26. Disponible en: <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/124/120>
- (21) Pedrero EJ, Puerta C, Lagares A, Sáez A. Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. Trastor Adict [Internet]. 2003 [acceso 4 enero 2017];5(3):241-255. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-prevalencia-e-intensidad-trastornos-personalidad-13049863>
- (22) Pedrero EJ. Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. Adicciones [Internet]. 2003 [acceso 5 enero 2017];15(3):203-220. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/428/426>
- (23) López A, Becoña E. Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. Psicothema [Internet]. 2006 [acceso 26 diciembre 2016];18(3):578-583. Disponible en: <https://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8475/8339>
- (24) Sirvent C, de la Villa M, Blanco P. Predicción de variables de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. Berlin: Reserchgate [Internet]. 2015 [acceso 13 marzo 2017]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/282606518>
- (25) Domínguez AL, Miranda MD, Pedrero EJ, Pérez M, Puerta C. Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. Trastor Adict [Internet]. 2008 [acceso 20 febrero 2017];10(2):112-120. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-estudio-las-causas-abandono-del-13124781>
- (26) Pacheco G. La adherencia en “otras modalidades terapéuticas” en salud mental. Rev Presencia [Internet]. 2007 [acceso 13 marzo 2017];3(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n5/63articulo.php>
- (27) Martínez JM, Albein N, Lozano O, Verdejo A. Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad. Adicciones [Internet]. 2014 [acceso 15 enero 2017];26(2):116-125. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/13/14>

(28) Sirvent C. Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. Norte Salud Ment. 2009;8(33):51-58.

(29) Coombs T, Deane FP, Lambert G, Griffiths R. What influences patients' medication adherence? Mental health nurse perspectives and a need for education and training. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2003 [acceso 5 abril 2017];12(2):148-52. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-0979.2003.00281.x/epdf>

(30) Almela J, Pernas A, Pedreño MA. Intervenciones enfermeras en el reingresador psiquiátrico. Metas Enferm. 2005;8(10):64-67.

(31) Laker CJ. How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm and motivational interviewing interventions in the treatment of patient with a dual diagnosis? J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2007 [acceso 5 abril 2017];14(8):720-6. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2007.01159.x/epdf>

(32) McKenzie K, Chang YP. The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder. Perspect Psychiatr Care [Internet]. 2014 [acceso 4 abril 2017];51(1):36-44. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppc.12060/epdf>

(33) Gutiérrez S, Vicente AM, García N, Salgado N, Chicharro JF, Coca VD, et al. Protocolo de intervención de enfermería en los centros de atención a las drogodependencias [Internet]. Madrid: Ayuntamiento, Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid; 2015 [acceso 8 enero 2017]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf>

(34) Osakidetza. Planes de cuidados estandarizados de enfermería en salud mental: guías para la práctica [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza / Servicio vasco de salud; 2002 [acceso 27 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/djuntos/CuidadosAPsaludMental.pdf

(35) Gómez M, Ruiz A, Luz M, Freund N, Fernández A. Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar las necesidades familiares de personas con trastorno mental grave. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2012 [acceso 20 febrero 2017];32(115):462-479. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/03.pdf>

(36) Beck V, Ponce JA, Lozano J, Paredes M, López M, González Y. Incumplimiento terapéutico. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento. En: "Los espacios pedagógicos del cuidado" XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2009. p.157-160.

(37) Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. Rev Psicopatol Psicol Clín [Internet]. 2006 [acceso 20 marzo 2017];11(1):1-12. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4014/3868>

(38) Martínez JM, Graña JL, Trujillo HM. Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. Adicciones [Internet]. 2009 [acceso 23 febrero 2017];21(2):105-112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122894002.pdf>

ANEXO 1: PUNTUACIONES EN EL MCMI-II EN LAS ESCALAS DE PATRONES DE PERSONALIDAD

Escalas básicas de personalidad	TB > 74		TB > 84	
	n	%	n	%
Esquizoide				
Fóbica				
Dependiente				
Histriónica				
Narcisista				
Antisocial				
Agresivo/Sádica				
Compulsiva				
Pasivo/Agresiva				
Autodestructiva				
Escalas de personalidad patológica				
Esquizotípica				
Límite				
Paranoide				

Anexo 1: Puntuaciones en el MCMI-II en las escalas de patrones de personalidad. Fuente: Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. Disponible en: <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8475/8339> Acceso: 26/12/16

ANEXO 2: FACTORES QUE INCIDEN POSITIVAMENTE EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL ENCUESTADOS

Factores relacionados con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> -Sentirse atendido, escuchado y respetado -Capacidad de autoanálisis y de afrontamiento -Sentirse tratados como una persona digna de confianza, única e irrepetible -Participación activa en la propuesta terapéutica -La obtención de algunos resultados iniciales en periodos cortos de tiempo -Buen <i>Insight</i> –conciencia de enfermedad- -Acudir a consulta por iniciativa propia -Nivel cognitivo adecuado -Establecer buen compromiso terapéutico -La no existencia de beneficios secundarios -Edad, sexo, grado de motivación -La percepción de utilidad de la psicoterapia -Disposición del paciente a las terapias psicológicas
Factores relacionados con la enfermedad o trastorno	
Factores relacionados con el proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> -El cuidar, en su sentido más amplio -El formato grupal -Evaluación de resultados
Factores relacionados con el terapeuta.	<ul style="list-style-type: none"> -La Inmediatez y la proximidad -Empatía, tolerancia, escucha activa -Establecer un clima de confidencialidad -Compromiso y respeto mutuo -Transmitir confianza y seguridad -Elección adecuada de la terapia y de las técnicas precisas -La información dada acerca de la aplicación, justificación y resultado esperado -Una relación terapéutica bien establecida -Interesarse por sus intereses -Relación de ayuda y distancia emocional adecuada -Considerar al paciente como una persona enferma y no como una "enfermedad" -Capacidad de acogida y motivación -Conciencia de rol y capacidad terapéutica -Generar en el paciente una expectativa de mejora -Experiencia del terapeuta -Adecuada indicación de la terapia -Objetivos claros -Formación y disponibilidad del terapeuta -Indicaciones precisas, tras una correcta historia clínica y diagnóstico certero -Manejo adecuado de los fenómenos de transferencia y contratransferencia -Capacidad para tolerar la frustración
Factores relacionados con el entorno (culturales)	<ul style="list-style-type: none"> -La implicación familiar para resolver el problema -Grado de integración estructural de las modalidades terapéuticas que realizan las enfermeras en la programación del dispositivo asistencial y si están asumidas tanto por el equipo de salud como por los gestores -Estatus y reconocimiento social de la enfermera -Personalización, flexibilidad, accesibilidad -Adecuada organización y sistematización en la programación oferta-demanda -Disponibilidad espacio-tiempo -Coordinación adecuada intra e interdispositivos -Metodología de trabajo -Adecuación de los recursos aplicados

Anexo 2: Factores que inciden positivamente en la adherencia terapéutica según los profesionales de salud mental encuestados. Fuente: La adherencia en otras modalidades terapéuticas en salud mental. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n5/63articulo.php> Acceso: 13/03/2017