

**ANÀLISI DE LA CONSCIÈNCIA
DEL PERJUDICI DEL CONSUM
DE TÒXICS EN L'EVOLUCIÓ DE
LA PATOLOGIA PSIQUIÀTRICA
DELS USUARIS AMB
PATOLOGIA DUAL**

APROXIMACIÓ QUALITATIVA

TREBALL FINAL DE GRAU

Laia Jordi i Cáliz

Tutor: Jordi Font Pujol

Curs 2017-2018

Universitat de Girona, Facultat d'Infermeria

*“Vull aprendre a viure sense dependre de res ni de ningú, perquè sempre he
depès o d'algú o de la droga.”*

Usuari 4, 2018.

AGRAÏMENTS

Als meus pares pel seu suport incondicional, per creure sempre amb mi. A la meva germana, la Berta, per l'amor que em regala.

A la meva família per fer-me sentir estimada.

A en Sergi per donar-me força i ser-hi en tot moment.

A la Clàudia, per haver-me acompanyat durant aquests quatre anys i haver sigut la meva mà dreta.

A les amistats que m'emporto i a les meves companyes de pis, pels bons moments.

A la Maria Buxó i la Gemma Crous per ajudar-me amb l'anàlisi de les dades.

A la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual per acollir-me i facilitar-me la recollida de dades.

Al meu tutor, en Jordi Font, per la disponibilitat i les facilitats rebudes. Ha sigut un plaer.

Aquest treball també és vostre, moltes gràcies!

ÍNDEX:

RESUM	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	8
1. MARC TEÒRIC	10
1.1 Definició del concepte de patologia dual	10
1.2 Perfil de les persones amb patologia dual	13
1.3 Perspectiva històrica de la xarxa de drogodependència i patologia dual de Catalunya i Girona	16
1.4 Epidemiologia de la patologia dual	19
1.5 Tractament de l'usuari amb patologia dual	21
1.6 Intoxicació.....	24
1.7 La síndrome d'abstinència.....	26
2. OBJECTIUS	29
2.1 OBJECTIU PRINCIPAL.....	29
2.2 OBJECTIUS SECUNDARIS	29
3. MATERIAL I MÈTODES	30
3.1 DISSENY DE L'ESTUDI	30
3.2 ÀMBIT DE L'ESTUDI.....	30
3.3 POBLACIÓ D'ESTUDI I SELECCIÓ DE MOSTRA	33
3.4 CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ	33
3.5 MATERIAL I TÈCNICA DE RECOLLIDA DE DADES	34
3.6 VARIABLES.....	35
3.7 CONSIDERACIONS ÈTIQUES	35

3.8	CRONOGRAMA DE TREBALL	36
3.9	ANÀLISI DE DADES	37
4.	RESULTATS	39
5.	DISCUSSIÓ	58
6.	LIMITACIONS	62
7.	FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ	63
8.	CONCLUSIONS	64
9.	BIBLIOGRAFIA	66
10.	ANNEXES	70
	ANNEX 1: PLANTILLA QUADERN DE RECOLLIDA DE DADES	70
	ANNEX 2: GUIÓ ENTREVISTA.....	73
	ANNEX 3: CERTIFICAT D'APROVACIÓ DEL CEI GIRONA.....	74
	ANNEX 4: FULL INFORMATIU I CONSENTIMENT INFORMAT PARTICIPANTS	75
	ANNEX 5: GUIÓ ENTREVISTES	86
	ANNEX 6: TAULA PER COMPARAR PREGUNTES DE LES ENTREVISTES ...	87

RESUM

Marc teòric: El concepte de patologia dual implica la coexistència de dos trastorns que tenen lloc en el mateix moment temporal però que provenen de diferent naturalesa clínica, com són un trastorn mental i un trastorn per abús de substàncies. Els estudis amb bessons de Krueger afirmen que els problemes de comportament antisocial, l'ús de substàncies i alguns trets de personalitat, com l'agressió i la impulsivitat, coincideixen amb freqüència. La difícil avaluació de la patologia dual dificulta el seu diagnòstic i l'escassa adherència al tractament d'aquest tipus d'usuaris afecta en el seu èxit, fets que compliquen la reinserció a la comunitat de les persones que la pateixen. El primer pas per combatre la patologia dual és conscienciar a la població, sobretot a la més vulnerable, dels riscos que comporta el consum de tòxics per a la salut mental.

Objectiu: Analitzar la consciència del perjudici del consum de tòxics en l'evolució del trastorn psiquiàtric, abans de l'ingrés i en el moment de compensació de la malaltia, durant l'estada dels usuaris de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual de l'IAS.

Material i mètodes: La metodologia emprada ha sigut l'aproximació qualitativa mitjançant l'entrevista semiestructurada, realitzada a la meitat de l'ingrés i en un moment de compensació de la malaltia, als usuaris amb patologia dual de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual del Parc Hospitalari Martí i Julià. També s'ha realitzat un anàlisi quantitatiu de les variables amb les dades descriptives de la mostra, recollides de l'informe mèdic i la historia clínica al quadern de recollida de dades.

La mostra consta de 5 usuaris de la unitat amb el diagnòstic de patologia dual. Es compara la bibliografia revisada amb els resultats de les dades descriptives i de les categories i subcategories.

Resultats: La mostra està composta per una dona i quatre homes, d'edats compreses entre 30 i 54 anys. S'observa que el 60% pateix depressió i el 40% restant, trastorn límit de personalitat. Els tòxics més consumits són l'alcohol i el cànnabis.

A partir de les respostes de les 5 entrevistes realitzades en profunditat, s'obtenen les següents categories: Consciència del perjudici del consum de tòxics en l'evolució del trastorn psiquiàtric, suport social, expectatives terapèutiques, coneixements i objectius. Alhora aquestes es troben desglossades en diferents subcategories.

Conclusions: Els usuaris saben els perjudicis que comportava el seu consum en el seu trastorn mental abans d'entrar a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual, i el fet que els motiva a ingressar és l'anhel d'aconseguir eines terapèutiques per no tornar a consumir. La major part sentia desmotivació envers la vida que els impedia tenir forces i ganes per deixar el consum i rehabilitar-se. Els participants consideren que l'ingrés els està ajudant i afirmen tenir coneixements d'on i a qui dirigir-se en possibles situacions de risc de recaiguda. Tots els usuaris tenen la intenció d'abandonar el consum i completar el procés de rehabilitació en un altre centre.

Paraules clau: PATALOGIA DUAL, PATOLOGIA PSIQUIÀTRICA, DROGODEPENDÈNCIA, SUBSTÀNCIES ADDICTIVES, TRACTAMENT.

RESUMEN

Marco teórico: El concepto de patología dual implica la coexistencia de dos trastornos que tienen lugar en el mismo momento temporal pero que provienen de diferente naturaleza clínica, como es un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias. Los estudios con gemelos de Krueger afirman que los problemas de comportamiento antisocial, el uso de sustancias y algunos rasgos de personalidad, como la agresión i la impulsividad, coinciden con frecuencia. La difícil evaluación de la patología dual dificulta su diagnóstico y la escasa adherencia al tratamiento de este tipo de usuarios afecta a su éxito, hechos que complican la reinserción en la comunidad de las personas que la sufren. El primer paso para combatir la patología dual es concienciar a la población, sobre todo a la más vulnerable, de los riesgos que comporta el consumo de tóxicos para la salud mental.

Objetivo: Analizar la conciencia del perjuicio del consumo de tóxicos en la evolución del trastorno psiquiátrico, antes del ingreso y en el momento de compensación de la enfermedad, durante la estada de los usuarios de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual del IAS.

Material y métodos: La metodología utilizada ha sido la aproximación cualitativa mediante la entrevista semiestructurada, realizada a la mitad del ingreso y en un momento de compensación de la enfermedad, de los usuarios con patología dual de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual del Parc Hospitalari Martí i Julià. También se ha realizado un análisis cuantitativo de las variables con los datos descriptivos de la muestra, recogidos en el informe médico y la historia clínica en el cuaderno de recogida de datos.

La muestra consta de 5 usuarios de la unidad con el diagnóstico de patología dual.

Se compara la bibliografía revisada con los resultados de los datos descriptivos i de las categorías y subcategorías.

Resultados: La muestra está compuesta por una mujer y cuatro hombres, de edades comprendidas entre 30 y 54 años. Se observa que el 60% sufre depresión y el 40% restante, trastorno límite de personalidad. Los tóxicos más consumidos son el alcohol y el cannabis.

A partir de las respuestas de las 5 entrevistas realizadas en profundidad, se obtienen las siguientes categorías: consciencia del prejuicio del consumo de tóxicos en la evolución del trastorno psiquiátrico, soporte social, expectativas terapéuticas, conocimientos y objetivos. A la vez estas se encuentran desglosadas en diferentes subcategorías.

Conclusiones: Los usuarios saben los prejuicios que comportaba su consumo en el trastorno mental antes de entrar en la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual, y el hecho que los motiva a ingresar es el anhelo de conseguir herramientas terapéuticas para no volver a consumir. La mayor parte sentía desmotivación hacia la vida que les impedía tener fuerzas y ganas para dejar el consumo y rehabilitarse. Los participantes consideran que el ingreso les está ayudando y afirman tener conocimientos de donde y a quien dirigirse en posible situación de riesgo de recaída. Todos los usuarios tienen la intención de abandonar el consumo y completar el proceso de rehabilitación en otro centro.

Palabras clave: PATOLOGIA DUAL, PATOLOGIA PSIQUIATRICA, DROGODEPENDENCIA, SUBSTANCIA ADICTIVA, TRATAMIENTO.

ABSTRACT

Introduction: The concept of dual pathology implies the coexistence of two disorders that occur at the same time but that come from different clinical nature, such as a mental disorder and a substance abuse disorder. The Krueger's study of twins agrees that problems of antisocial behavior, substance use, and some personality traits, such as aggression and impulsiveness, often coincide. The difficult evaluation of the dual pathology hinders its diagnosis and the poor adherence to the treatment of this type of users affects its success, facts that complicate the reintegration in the community of the people who suffer it. The first step in combating dual pathology is to make the population, especially the most vulnerable, aware of the risks involved in the consumption of toxic to mental health.

Objective: To analyze the awareness of the damage of the consumption of toxic in the evolution of the psychiatric disorder, before the admission and at the time of compensation of the disease, during the stay of the users of the Unitat de Destintoxicació I Patologia Dual of the IAS.

Material and methods: The methodology used has been the qualitative approximation by the semi-structured interview made at half of the income and at a time of compensation of the disease, to the users with dual pathology of the detoxification unit and dual pathology of the Parc Hospitalari Martí i Julià. There has also been a quantitative analysis of the variables with the descriptive data of the sample, collected from the medical report and the clinical history in the data collection booklet.

The sample consists of 5 members of the unit with the diagnosis of dual pathology. The revised bibliography is compared to the results of the descriptive data and the categories and subcategories.

Results: The sample is composed of one woman and four men, aged between 30 and 54 years old. It is observed that 60% suffers depression and the 40% remaining personality limit disorder. The most consumed drugs are alcohol and cannabis.

The following categories has been obtained from the answers of the 5 interviews, carried out deeply: awareness of the detriment of the consumption of toxic in the evolution of the psychiatric disorder, social support, therapeutic expectations, knowledge and objectives. They are also broken down into different subcategories.

Conclusions: The users knew the damage that behaved their consumption in their mental disorder before entering to the Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual, and the fact that motivates them to enter is the desire to get therapeutic tools to not consume again. Most of them felt low morale towards life that prevented them from having the strength and desire to stop consuming and rehabilitate them. The participants consider that the income is helping them and claim to have knowledge of where and whom address to in possible situations of risk of relapse. All users intend to give up consumption and complete the rehabilitation process at another facility.

Keywords: DUAL PATALOGY, PSYCHIATRIC PATHOLOGY, DROGODEPENDENCE, ADITTIVE SUBSTANCES, TREATMENT.

1. MARC TEÒRIC

1.1 DEFINICIÓ DEL CONCEPTE DE PATOLOGIA DUAL

S'observa consens entre els professionals i les associacions especialitzades a l'hora de definir la patologia dual com la concurrència d'un trastorn mental i un d'addictiu, encara que existeixen algunes variacions que impedeixen la unanimitat (1).

Etimològicament, el concepte patologia dual implica la coexistència de dos trastorns que tenen lloc en el mateix moment temporal però que provenen de diferent naturalesa clínica, com són un trastorn mental i un trastorn per ús o abús de substàncies. La introducció definitiva d'aquest concepte va aparèixer a finals del 1970 després del fenomen de desinstitucionalització psiquiàtrica. En aquesta època, es va començar a detectar un tipus d'usuari jove principalment, amb ingressos hospitalaris recurrents, falta d'adheriment terapèutic i amb abús d'alcohol i altre tipus de drogues. L'any 1993, l'Associació de Psiquiatria Americana (APA) va reconèixer la patologia dual com un dels problemes de salut més importants dels Estats Units d'Amèrica (1, 2).

La relació entre el consum de drogues i els trastorns mentals es coneix des d'èpoques molt antigues, però no és fins el segle XXI que es comença a considerar aquest relació. Les primeres aproximacions científiques que intenten correlacionar els efectes de les drogues d'abús amb l'aparició d'un trastorn psiquiàtric tenen lloc al segle XXI (3). A la primera meitat del segle XX els models explicatius dels trastorns per substàncies es van centrar en atribuir a les substàncies totes les característiques de drogoaddicció, sense tenir en conta factors personals, biològics o socials. Posteriorment, durant la segona meitat, el focus es va centrar sobre la personalitat addictiva que es postula a la teoria psicoanalítica. Als 70 s'accepta que no existeix una personalitat

addictiva com a tal, i al 80 prenen rellevància les teories socioculturals que emfatitzen la importància de les variables ambientals (4).

La teoria de Morel, l'any 1857, difosa per Europa, suposa l'aproximació històrica al concepte de patologia dual. Aquest autor va considerar els trastorns mentals com una alteració degenerativa transmesa genèticament, i produïda per l'administració d'algunes substàncies fonamentalment per l'alcohol, que al transmetre's en successives generacions augmentarien els efectes negatius. El cirurgià Willian Smitn, va començar a observar que l'opi agreujava certs trastorns mentals com els estats maníacs i Valentine Magón va informar de tres casos d'al·lucinacions tàctils associats a l'ús d'aquesta substància. Durant el segle XX, Lombroso, considera la influència negativa de l'alcohol i altres substàncies en certes conductes delictives. Mourear de Tours, l'any 1980, va realitzar un estudi sobre l'ús del cànnabis i la bogeria i després de l'experimentació del cànnabis sobre ell mateix, va concloure que la bogeria era deguda al mal funcionament cerebral a causa d'una alteració química. Però l'ús del terme de patologia dual no és verdaderament utilitzat per els professionals fins a finals del 1988 (3).

Disposem de varies hipòtesis etiopatogèniques que ens permeten entendre el fenomen de la patologia dual. El model del consum de substàncies secundari a una alteració psiquiàtrica ens diu que les drogues són utilitzades per millorar la situació o la sensació desagradable que produeix la malaltia mental a l'individu. El model d'alteració psiquiàtrica secundària al consum de substàncies, explica que després del consum de substàncies tòxiques s'induirà al trastorn psiquiàtric. El model d'independència sosté que ambdós trastorns poden coexistir de forma independent. El model de factors comuns de vulnerabilitat ens informa de que existeixen factors comuns de vulnerabilitat a la patogènesis del trastorn mental i trastorn per ús de substàncies, com components genètics o ambientals. També disposem del model bidireccional que es basa en que cada un dels trastorns pot augmentar la vulnerabilitat de l'altre. I per últim, el model de socialització manté que el

consum de tòxics obre determinades portes a rols socials, grups i identitats. (5, 6).

Actualment, el model més acceptat en l'explicació de l'origen dels trastorns mentals i de les addiccions és el biopsicosocial, que defineix l'origen i el manteniment dels trastorns en funció de la interacció entre variables biològiques, psicològiques i socials. Existeix un factor genètic que determina la pèrdua de control, un altre psicològic que comporta consumir per escapar dels sentiments desagradables i un factor sociocultural que implica la disponibilitat de la substància per marcatge cultural, o la seva accessibilitat per vigència social en funció de cada segment demogràfic. Aquest model ens explica tan la diversitat de pacients com la variació de la prevalença en diferents poblacions (4).

El concepte de patologia dual no està ben definit en el DSM, ni tampoc en el CIE (5). El DSM-IV dividia els trastorns relacionats amb substàncies en dos grups: trastorns de l'ús de substàncies (dependència de substàncies i abús de substàncies) i trastorns induïts per substàncies (7). L'última versió del DSM, el DSM-V, també divideix els trastorns relacionats amb substàncies en dos grups, i a més, inclou el joc patològic, el qual reflexa la prova de que els comportaments del joc activen sistemes de recompensa semblants als activats per les drogues (8, 9).

La dependència de substàncies requereix un conjunt de símptomes cognitius, conductuals i fisiològics que provoquen un ús continuat malgrat problemes significatius que poden implicar tolerància, abstinència i comportament compulsiu (7).

A l'actualitat, l'estudi de la personalitat es realitza majoritàriament des d'una visió categorial, centrant-nos en la detecció de trastorns de la personalitat i no en trets associats i possible perfil diferencial dels usuaris respecte a aquells amb trastorn mental o només amb consum de substàncies (10). Per entendre el concepte de patologia dual és important tenir present que l'abús de la

droga de consum produeix una predisposició a la psicosis, o, pot produir un canvi fisiològic permanent que causi el trastorn (11).

La identificació fiable de la patologia dual presenta dos problemes rellevants. El primer són els efectes aguts i crònics de les drogues sobre el sistema nerviós central, aquests poden simular símptomes propis de trastorns mentals (com depressió o insomni) i dificultar la seva diferenciació. Per altra banda, els trastorns psiquiàtrics són més síndromes que malalties amb fisiopatologia coneguda i amb falta de marcadors biològics clars (11).

La vulnerabilitat constitueix un dels elements bàsics més importants de la patologia dual. Múltiples estudis han constatat la vulnerabilitat que presenten les persones amb trastorns mentals al fer-se dependents de substàncies tòxiques. De la mateixa manera que la incidència de trastorns mentals és notablement superior a subjectes amb un diagnòstic de trastorn per ús de substàncies tòxiques (12).

Bàsicament, els professionals manifesten dos temes de debat envers aquest concepte: la opinió de que tots som duals, i la necessitat de tenir en conta més factors a part de la salut mental i el consum de drogues, com factors familiars, socials i econòmics (1).

1.2 PERFIL DE LES PERSONES AMB PATOLOGIA DUAL

Les dades existents senyalen que els usuaris amb patologia dual mostren major cerca de sensacions, impulsivitat, evitació del dany i neuroticisme, i menor persistència, autodirecció, autotranscendència i cooperació. De manera que la patologia dual s'associa a característiques de personalitat que suggereixen conductes més desadaptatives, menys recursos de cara a la recuperació i manteniments de l'abstinència i pitjor diagnòstic, en comparació amb aquells que només tenen un trastorn. També mostren un augment del

risc i comportaments suïcides, policonsum, pitjor qualitat de vida i deteriorament neuropsicològic, esdevenint una clínica difícil de tractar (10).

Els models neurobiològics atribueixen el paper clau del desenvolupament de l'addicció al sistema de recompensa del cervell a través de la via mesocorticolimèrica dopaminèrgica. La vulnerabilitat al seu desenvolupament, s'associa sovint amb factors genètics i trets de la personalitat (13). També és clar, que un inici precoç al consum de drogues, com el cànnabis, està associat a un major risc de desenvolupar trastorns mentals, fet que porta a consumir altres drogues, que alhora agreuja la malaltia (14).

Els estudis amb bessons de Krueger afirmen que els trastorns mentals que impliquen un comportament antisocial i l'ús de substàncies estan vinculats genèticament i varien. La concomitància entre els trastorns relacionats amb la manca de control d'impulsos i la violència com la dependència a substàncies, el comportament antisocial i la personalitat desinhibida eren patologies que formaven part d'un mateix espectre, i per tant, no podien ser tractades com a categories diagnòstiques aïllades. Els problemes de comportament antisocial, l'ús de substàncies i alguns trets de personalitat, com l'agressió i la impulsivitat, coincideixen amb freqüència (15).

Un estudi realitzat del gener al juliol del 2012 al Servei de Salut Mental i el Servei d'Ús de Substàncies de Modena i Castellfranco Emilia, a Itàlia, on es va recollir una mostra de 145 usuaris i es van avaluar les condicions clíniques i el funcionament dels usuaris, es va extreure de l'estudi que l'ús de la substància era significativament més probable que precedís a la malaltia psiquiàtrica, i que el 60% de la mostra presentava una història familiar que propiciava a malalties psiquiàtriques o addiccions o factors traumàtics premorbidors. També afirma que l'edat d'inici de l'ús de substàncies estava relacionada amb el període de seguiment del tractament psiquiàtric i el temps dedicat a les instal·lacions de rehabilitació, que a la vegada, estava correlacionat amb el diagnòstic del trastorn de personalitat. Els homes presentaven més freqüentment complicacions familiars, sanitàries i socials, mentre que les dones presentaven més freqüentment un comportament

amenaçador. Per últim, es va concloure, que el curs del diagnòstic dual pot ser crònic, greu i invalidant, i requereix molts programes terapèutics per gestionar diverses discapacitats (13).

La majoria d'usuaris que trobem a les unitats de patologia dual són homes joves, sense parella i amb una història delictiva, molts amb un baix nivell sociocultural (5). Tot i que la patologia dual és més freqüent en homes, es considera que les dones tenen més risc a presentar ambdues patologies (16).

Muser et al. van identificar, l'any 1990, els factors de risc del desenvolupament de patologia dual en els seus estudis realitzats en centres psiquiàtrics, principalment aplicats a usuaris diagnosticats d'esquizofrènia. Els factors identificats van ser els següents: sexe masculí, edat jove, baix nivell socioeconòmic, història d'abús de substàncies a la família, bon ajustament i adaptació (per buscar i aconseguir la droga és necessari tenir habilitats socials i un cert nivell de motivació i energia), trastorn de personalitat associat i possibilitat d'exposició a les drogues (12).

Les persones que pateixen patologia dual, en general presenten major gravetat des de les perspectives psicopatològica, mèdica i social. Podem afirmar-ho perquè presenten xifres elevades en les següents situacions: visites a urgències, conductes de risc i infeccions, atur, conductes violentes i criminals i marginació (11). També presenten una taxa superior de suïcidis, mostren inseguretat, preocupacions, pors i són sensibles a les crítiques. Aquest tipus de pacients es caracteritzen per ser inconformistes, fet que dificulta la interrelació personal i alhora el tractament (5).

1.3 PERSPECTIVA HISTÒRICA DE LA XARXA DE DROGODEPENDÈNCIA I PATOLOGIA DUAL DE CATALUNYA I GIRONA

Abans del tractat de la Convenció Única sobre estupefaents creada l'any 1961 per les Nacions Unides i la junta internacional de fiscalització de Estupefaents (JIFE) l'any 1968, les substàncies tòxiques havien tingut un ús mèdic, sense atendre al seu poder addictiu. El fenomen de la drogodependència ha anat evolucionant des del segle XIX amb l'epidèmia de l'Opi de Xina, incrementant-se progressivament fins l'actualitat (3).

No és fins el DSM-III, l'any 1980, quan el trastorn addictiu és considerat una entitat categorial amb dos criteris: abús i dependència. A partir de llavors, es van poder establir relacions entre els patrons d'ús de substàncies en concomitància amb altres trastorns mentals, a això se li suma la realització de grans investigacions epidemiològiques (3).

La xarxa d'atenció a les drogodependències de Catalunya (XAD) es va construir com una xarxa específica i professionalitzada per donar atenció integral a totes les persones amb trastorns relacionats amb l'ús de substàncies psicoaddictives. El Parlament de Catalunya va aprovar la Llei 20/1985 de Prevenció i assistència en matèria de substàncies que creen addició. Aquesta llei, pionera a Espanya, va ser el fonament normatiu del conjunt de mesures del Pla Català de Drogodependències, entenent el consum de psicòtrops com una malaltia comú que ha de tractar-se en el sistema sanitari. Així es va crear una xarxa de col·laboració amb els diferents departaments del Govern de la Generalitat i les administracions locals, construint la Comissió de Coordinació i Lluita contra les Dependències de Drogues, el Consell Director i l'Òrgan Tècnic de Drogues, el Consell Director i l'Òrgan Tècnic de Drogodependències (1).

Al llarg d'aquest procés va sorgir la necessitat de promoure la integració i unificació de la xarxa de salut mental i drogodependències, per tal de millorar

el funcionament i l'atenció als usuaris, motiu pel qual, l'any 2006, es crea el Pla Director de Salut Mental i Addiccions (1, 5).

Tal i com apunta el Pla de Salut de Catalunya 2010, les necessitats assistencials estan cobertes per uns serveis de qualitat que generen confiança a la ciutadania, però en els quals hi ha aspectes que es poden millorar. Aquest pla, inclou la proposta de transportar els trastorns de patologia dual cap a un model més comunitari, amb més capacitat de resolució i major suport a l'atenció primària, seguint connectada amb els serveis de salut mental i drogodependències. Així doncs, de nou es remarca la importància de desenvolupar un nou model d'atenció per a persones de totes les edats que integri la promoció de la salut i la prevenció, les activitats assistencials i la rehabilitació, i impulsa la coordinació i cooperació entre els serveis d'atenció a les persones (1).

L'obertura de les Unitats de Patologia Dual i les reunions de coordinació entre els diferents equips són els primers indicis de canvi, que els professionals valoren positivament, ja que facilita la feina, evitant l'ambigüïtat terapèutica de molts usuaris (11).

L'increment del número de pacients afectats per una patologia dual i la necessitat d'optimitzar l'atenció d'aquest col·lectiu, està provocant des de fa alguns anys un interès creixent, no només científic, sinó també polític. Aquesta situació es reflexa en l'augment d'iniciatives de tot tipus per millorar l'atenció d'aquest tipus de pacients (3).

La Xarxa de Salut Mental i Addiccions de l'IAS és la xarxa pública de les comarques gironines especialitzada en l'atenció a la salut mental de la població de referència (750.000 persones). Disposa de serveis d'hospitalització total o parcial, ubicats al Parc Martí i Julià (Salt), i serveix d'atenció comunitària que es presta a través de set centres de salut mental d'adults, set infantojuvenils, sis centres d'atenció a les addiccions i set centres de dia desplegats a la demarcació de Girona. També compta amb nou pisos residencials, dues llars residències (per a persones amb trastorn mental greu

i persones amb problemes de discapacitat intel·lectual i trastorn mental), i dos equips d'intervenció precoç de la psicosi. Les urgències psiquiàtriques s'atenen a l'Hospital Santa Caterina (17).

Els processos de Reforma Psiquiàtrica iniciats a EEUU, França, Anglaterra i Itàlia, als anys 60 i 70, i a Catalunya la dècada dels 80, van articular la transformació de l'atenció a la salut mental en general, i a la població amb Trastorn Mental Greu (TMG), en particular, proposant l'organització d'un nou model d'atenció basat en la comunitat. Concretament a les comarques gironines, el model que l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) ha implantat en l'atenció pública a la salut mental i addicions es basa sobretot en el desplegament dels recursos comunitaris, que promou l'accés a les intervencions psicoterapèutiques i garanteix la rehabilitació psicosocial, a més de fomentar una xarxa integrada d'atenció a la salut mental per a adults i joves, realitzant suport a la llar, cooperació amb la xarxa de serveis socials i d'inserció laboral, entre d'altres. També es gestiona el territori, fomentant el desenvolupament de cada sector comunitari, com associacions o institucions (17).

Les unitats de patologia dual estan formades per un equip multidisciplinari, per tal d'oferir atenció integral i evitar així l'anomenada "síndrome de la porta oberta". El rol del professional d'infermeria en aquestes unitats és fonamental, ja que està molt en contacte amb l'usuari i esdevé el seu punt de recolzament i la font de motivació per aconseguir la desintoxicació. Aquest rol comporta una aproximació holística al malalt de patologia dual creant la relació terapèutica de confiança, que permetrà la planificació i avaluació de les cures integrals i individualitzades, la promoció de l'adhesió al tractament, la supervisió de la presa dels fàrmacs prescrits, la detecció del consum, la valoració de l'estat psicopatològic per detectar precoçment recaigudes i/o descompensacions, l'entrenament d'habilitats socials, la participació en la presa de decisions i l'educació en estils de vida saludables (2, 5).

1.4 EPIDEMIOLOGIA DE LA PATOLOGIA DUAL

Quasi no existeixen dades sobre la prevalença de patologia dual al nostre país. Els estudis epidemiològics existents són poc concloents, ja que mostren una ampla variabilitat a la taxa de comorbiditat. Algunes de les raons d'aquesta variabilitat a la comorbiditat són: l'absència de criteris diagnòstics, les diferències entre les mostres de població, l'absència de dades sobre la prevalença basal de cada un dels trastorns psiquiàtrics, la metodologia del disseny dels estudis i les diferències geogràfiques, transculturals i transhistòriques (3, 12).

La majoria de les dades disponibles són de pacients que provenen de l'atenció ambulatoria especialitzada. Aquestes estimen que quasi el 40% de les persones amb trastorn per consum d'alcohol i més del 50% per consum d'altres drogues, reben en algun moment de la seva vida un diagnòstic psiquiàtric (3, 12). S'estima que hi ha una probabilitat d'entre un 25 i un 30% de que les malalties mentals esdevinguin patologies duals (5).

Es calcula que l'alcohol i el consum de drogues són responsables d'un 5% del total de persones que pateixen patologia dual i es troben entre els majors factors de risc (7). Altres estudis han demostrat que el 56% dels usuaris que pateixen un trastorn per ús de substàncies, alhora tenen un trastorn mental (13).

Diferents estudis internacionals informen d'una elevada comorbiditat entre alguns trastorns i les addiccions. L'estudi de Westermeyer conclou que l'abús o dependència de substàncies es produeix entre el 70 i el 80% dels usuaris amb esquizofrènia. L'estudi de Regier (entre d'altres) fet al 1990, apuntava que més del 60% dels pacients amb trastorn bipolar tenien a més, un trastorn per abús de substàncies. Respecte als trastorns afectius unipolars i d'ansietat, s'assenyalen xifres majors al 30% de comorbiditat. Així doncs, els usuaris que pateixen esquizofrènia són els que tenen una taxa més elevada de probabilitat d'esdevenir usuaris amb patologia dual (4, 5).

Un dels estudis més importants realitzats a Espanya en matèria de patologia dual es va realitzar a la Comunitat de Madrid l'any 2008, propulsat per l'Associació Espanyola de Patologia Dual. Els resultats van mostrar que el 25% dels usuaris que consulten un dispositiu específic de Salut Mental pateixen patologia dual i aquesta proporció augmenta al 63% en aquells que consulten un dispositiu assistencial de drogodependències. A més, van observar que el 71% dels usuaris de patologia dual tenien un trastorn de personalitat essent el depressiu el més freqüent, seguit del límit i el paranoide. Alhora van concloure que el 76% dels pacients amb patologia dual tenien dos o més trastorns mentals. Un 55% dels pacients consumien dos o més substàncies essent les més freqüents, la cocaïna, l'alcohol i el cànnabis (4).

L'estudi realitzat per professionals de diferents serveis de psiquiatria, de l'Institut d'Addiccions de Madrid, de la oficina Regional de Salut Mental, de la Unitat d'Alcoholologia de l'Hospital Rodriguez Lafora de Madrid i de la Delegació del Govern per el Pla Nacional sobre Drogues, sobre l'abús o dependència del cànnabis i altres trastorns psiquiàtrics a Madrid, va considerar que un 76,5% dels addictes al cànnabis tenien un diagnòstic dual a l'actualitat, i destacaven la seva prevalença als trastorns de l'humor i l'ansietat. Aquest fet s'explica perquè el sistema cannabinoide està implicat en la regulació emocional, doncs el cànnabis pot alterar aquesta regulació i associar-se als trastorns esmentats. També es va concloure que una edat d'inici més precoç en el consum de cànnabis s'associa amb major risc a presentar trastorns mentals (14).

Hi ha hagut un increment de la patologia dual, degut a l'increment de persones diagnosticades, que ha causat major visibilitat. La prevalença de la concurrència entre el trastorn per consum de tòxics i altres trastorns psiquiàtrics és molt elevada. Els factors que expliquen aquesta elevada prevalença són: l'heterogeneïtat dels malalts, el lloc on són atesos (com els recursos dels quals es disposa en el centre), els factors relacionats amb la

droga (com afecta, disponibilitat...), els factors intercurrents (com el VIH) i les dificultats en el diagnòstic (11).

La comorbiditat entre trastorn mental i consum de tòxics és elevada tan en la població general com en la clínica, trobant taxes de prevalença que oscil·len entre el 18-50% (10).

1.5 TRACTAMENT DE L'USUARI AMB PATOLOGIA DUAL

El tractament és el punt més conflictiu dels usuaris amb patologia dual, alhora és el major objectiu a assolir, donat que les persones amb patologia dual s'associen a una pitjor evolució (11, 18).

L'avaluació de la patologia dual és essencial a l'hora de dissenyar el tractament del pacient drogodependent. Explorar la psicopatologia a persones que abusen de substàncies comporta una sèrie de complicacions. És fàcil concloure cap a diagnòstics erronis, per el solapament de símptomes en el moment de l'avaluació, a més de la permanència d'aquests a la llarga, la motivació, la consciència del drogodependent, la politoxicomania i l'amplia varietat de quadres psicopatològics existents a l'hora de diferenciar un trastorn mental primari d'un induït per substàncies tòxiques. A això, se li suma, que alguns instruments dissenyats per l'avaluació de la drogodependència no sempre s'ajusten a aquelles persones que a més, presenten un trastorn mental, essent necessària una exploració exhaustiva i retrospectiva de la història clínica (3, 10). Així doncs, els professionals de la salut implicats en la teràpia, l'assistència i la rehabilitació d'aquest tipus d'usuaris, han de tenir clarament en compte la relació entre l'abús de substàncies i el trastorn mental per centrar-se en les eines de cribratge, les intervencions de reducció de danys i l'assistència i el suport continuat (13).

Dins de la població que pateix patologia dual hi trobem molta heterogeneïtat, la qual cosa ens dificulta la caracterització clínica de la mateixa, així com la

presa de decisions respecte al tractament més efectiu. Doncs, si les característiques dels pacients amb patologia dual són molt variables, existeix un aspecte comú, la dificultat per portar a terme programes de tractament amb èxit (4, 12). Cal considerar que els factors predictius més importants, que ens determinaran el resultat del tractament, són els trastorns de personalitat (13).

Una de les qüestions rellevants respecte a la intervenció terapèutica amb pacients drogodependents és el poder diferenciar fins a quin punt les alteracions conductuals, cognitives i emocionals es deuen a un trastorn mental de base o són una conseqüència del propi consum de substàncies psicoactives. En aquesta línia, és comú que se solapin criteris d'uns i altres trastorns, i per tant, que sigui difícil establir els diagnòstics (4).

Respecte a la importància de conèixer la relació etiològica entre el trastorn mental i l'addicció, hi ha autors que senyalen els següents criteris: deixar transcórrer almenys 20 dies des de que la persona consumeix la substància per última vegada, explorar els tractaments anteriors en altres dispositius de salut mental, realitzar entrevistes a membres de la família que puguin informar sobre la possible presència d'un trastorn mental anterior a l'addicció i valorar els antecedents familiars (4).

Una varietat de barreres impedeixen una integració de les cures i tractament dels usuaris amb patologia dual, com diferències en l'educació i la formació dels professionals que s'encarreguen de la seva recuperació, els factors organitzacionals, etc. (19).

Es diferencien tres tipus de tractament per usuaris amb patologia dual. El tractament seqüencial ofereix primer tractament per una de les dues patologies, a diferents centres i amb diferents professionals, posteriorment s'ofereix tractament per la patologia no tractada en primer lloc. El tractament paral·lel consisteix en tractar les dues patologies alhora, a centres diferents i amb professionals també diferents. Per últim, en el tractament integrador l'usuari rep el tractament d'ambdues patologies al mateix centre i amb els

mateixos professionals. De les opcions explicades, es considera que la més eficaç és la tercera, el tractament integrador dóna la taxa més alta de rehabilitats. Es creu que el seqüencial ocasiona recaigudes que porten al fracàs terapèutic, per altra banda, el tractament paral·lel ocasiona una taxa d'abandonament més alta que la resta (5, 12).

En la majoria dels casos, l'abordatge psicofarmacològic del trastorn dual suposa la utilització simultània de diversos fàrmacs amb propietats psicoactives, l'objectiu del qual és controlar el trastorn mental i els efectes patològics del consum de substàncies tòxiques. Aquest ús simultani augmenta el risc d'interaccions medicamentoses (12).

La metadona s'utilitza per el seu efecte antipsicòtic i ansiolític. Però cal tenir en compte que al disminuir la dosi d'aquesta poden aparèixer símptomes psicòtics i síndrome d'abstinència, augmentant així el risc de recaigudes (12).

Els millors resultats s'esperen quan les intervencions farmacològiques pertinents es porten a terme en un context de mesures de recolzament psicosocial. El tractament psicològic en general, està enfocat a la reintegració de la persona a la comunitat i a millorar el seu funcionament psicosocial, de manera que els permeti mantenir-se en el seu entorn en unes condicions el més normalitzades i independents possible (12).

Entenent alta terapèutica com el compliment del programa completat amb èxit, les majors taxes d'alta terapèutica s'atribueixen a dones, també és més elevada a persones amb estudis superiors. Per contra, tenim menys èxit a l'alta terapèutica de persones que han iniciat el tractament en edat més avançada i també a policonsumidors (20).

Queda demostrada la importància del finançament dels programes de les unitats de patologia dual com a millora de l'eficàcia del tractament aplicat, així com la continua formació dels professionals que hi treballen. També centrem el focus en la repercussió sobre la població dels programes d'educació per la salut, els quals són quasi més transcendents que els de tractament (21).

1.6 INTOXICACIÓ

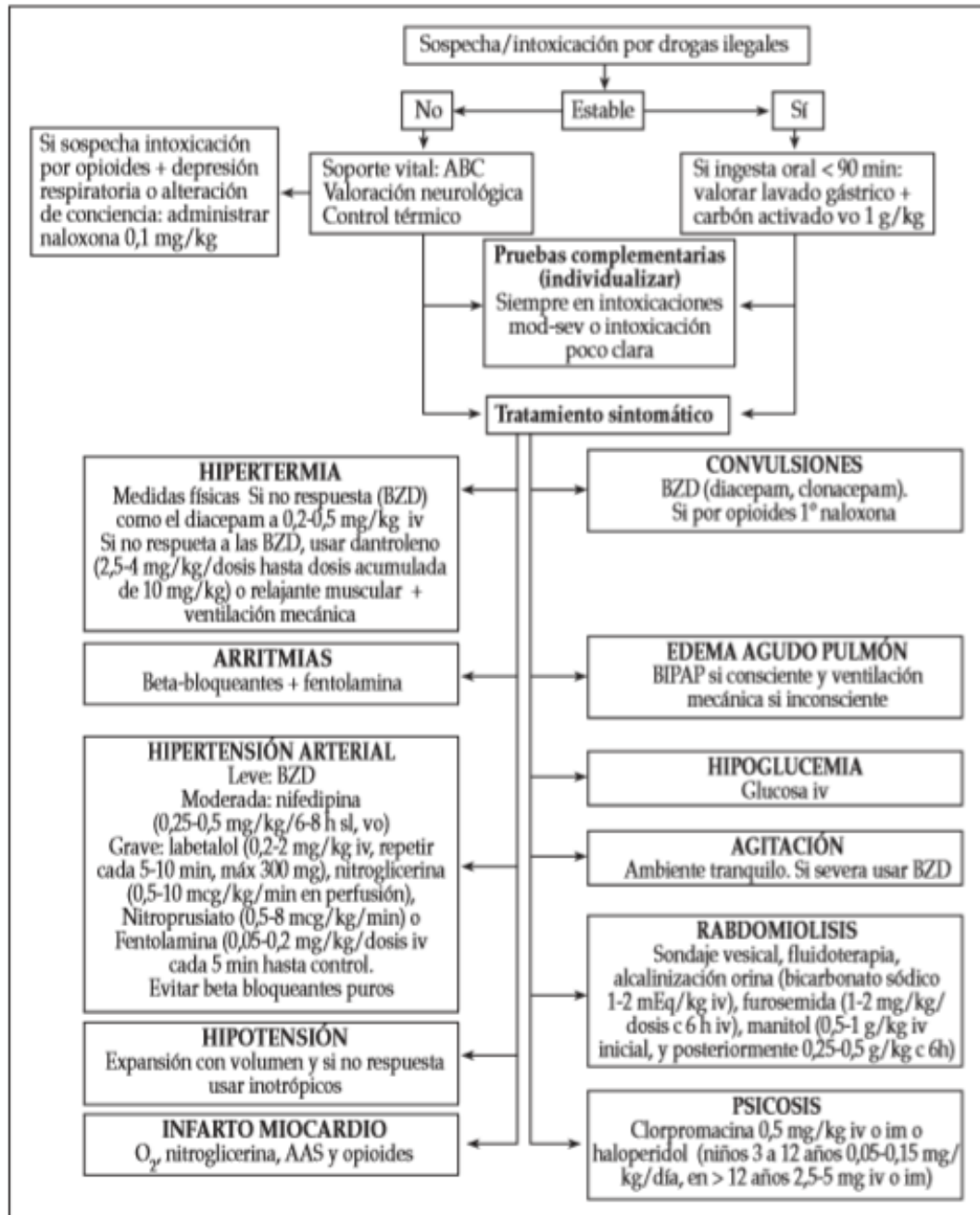
La intoxicació és el trastorn més comú i, excepte la nicotina, la poden produir totes les drogues (22).

Podem diferenciar entre dos tipus d'intoxicació: l'aguda i la crònica. La intoxicació aguda es produeix després del consum d'un opiaci, i poden aparèixer els següents símptomes: eufòria, sensació de calor, obnubilació, somnolència, disminució de l'agudesesa visual, nàusees i vòmits, xerostomia i miosis entre d'altres. En una intoxicació crònica, la simptomatologia més freqüent és: pèrdua de la gana, disminució de pes, anèmia, amenorrea en dones o impotència en homes (23).

La intoxicació pot ser deguda per una sobredosis, real o accidental, o a l'alteració dels fenòmens de tolerància conductual. També s'ha de tenir en compte la possibilitat de policonsum. En tots els casos, es tracta d'una urgència mèdica (23).

Davant una intoxicació aguda, les accions a seguir depenen de la intensitat del quadre clínic i de les possibilitats d'intervenció. La primera actuació serà valorar la situació clínic, s'haurà d'assegurar la permeabilitat de les via aèria, col·locarem a la persona en decúbit lateral per prevenir l'aspiració i davant de parada cardiorespiratòria realitzarem les maniobres de reanimació cardiopulmonar. Seguidament, s'aplicarien mesures específiques com l'administració de l'antagonista de l'opiaci. Simultàniament s'han de realitzar anàlisis toxicològics que permetin confirmar el diagnòstic. Si el tractament amb l'antagonista de l'opiaci no és efectiu, s'ha de sospitar d'un error de diagnòstic o de la coexistència d'una intoxicació per altres substàncies. Si la intoxicació s'ha produït per drogues de via oral, és convenient practicar un rentat gàstric. Finalment s'haurà de valorar la indicació d'ingrés psiquiàtric, i un cop remès el quadre clínic, es podrien establir nous objectius de tractament, encaminats a una reducció o supressió del consum (23).

Taula 1. Algoritme del maneig de sospita / intoxicació per drogues il·legals (24).



1.7 LA SÍNDROME D'ABSTINÈNCIA

La síndrome d'abstinència, i també la tolerància a una substància tòxica o la sensibilització, són elements claus que recolzen la idea de que els processos de neuroadaptació o dependència física s'han iniciat. Definim la síndrome d'abstinència com la suspensió brusca de la droga o l'administració d'una substància antagonista a aquesta, i es caracteritza per una sèrie de signes i símptomes físics i psicològics de gravetat i perfil variables (27, 28).

S'anomena síndrome d'abstinència agut el produït per la retirada d'opiacis, els efectes del qual varien segons el tipus de droga. Se sol dir, en termes generals, que els símptomes produïts per la síndrome són contraris als que caracteritzen l'efecte immediat de la droga, com manifestacions de rebot del sistema fisiològic alterat (27, 24).

La intensitat de la síndrome d'abstinència agut depèn del tipus de droga, de la quantitat, de la via d'administració, de la velocitat d'absorció i eliminació, de l'existència de metabòlits actius, etc. Aquests factors farmacocinètics són importants, doncs si la droga s'elimina de manera lenta, la síndrome en qüestió s'instaura de manera lenta, progressiva i atenuada; per contra, si s'elimina ràpidament, la simptomatologia apareix abans i de manera més intensa (25).

Per altra banda, la dependència psicològica o craving, és a dir, el desig irresistible de repetir l'administració d'una droga, també ocasiona síndrome d'abstinència. Hi ha dos síndromes d'abstinència que semblen estar relacionats més directament amb la dependència: la síndrome d'abstinència tardana i la síndrome d'abstinència condicionada. La tardana apareix després de pocs dies o setmanes de l'abandó de la substància tòxica i poden durar mesos o anys, es tracta d'un conjunt de símptomes i signes derivats d'una desregulació del sistema neurovegetatiu i de les funcions psíquiques bàsiques. Aquesta síndrome dóna lloc a que la persona tingui el record diari de la substància que consumia, revivint anhels del passat, amb greu risc a la

recaiguda. Per altra banda, l'abstinència condicionada es caracteritza per l'aparició d'una simptomatologia típica del síndrome d'abstinència agut d'un drogodependent que porta mesos o anys sense consumir. El quadre pot aparèixer quan la persona torna a exposar-se a estímuls de l'entorn. Aquest últim es tracta doncs, d'un mecanisme psicològic de condicionament o aprenentatge contingent, és a dir, la presència d'elements vinculats al consum inicien la cadena d'anhels, desitjos i necessitats de la droga, acompanyats de manifestacions psicofisiològiques de la seva absència o retirada i d'un període de gran ansietat i pors (25).

Normalment els usuaris alcohòlics, presenten símptomes clínics d'abstinència unes hores o uns dies després d'interrompre o reduir el consum d'aquest. El pacient pot manifestar hiperactivitat autònoma, augment dels tremolors a les mans, trastorns del son, trastorns dels sentits (visuals, tàctils o auditius), agitació psicomotora, ansietat, convulsions. L'augment de la temperatura per sobre de 37,3°C i una freqüència cardíaca per sobre de 100 lpm poden indicar la presència de delírium per abstinència alcohòlica (27).

Per altra banda, la intoxicació alcohòlica es produeix després de la ingesta recent d'alcohol i s'evidencia per canvis conductuals, com una alteració del funcionament social o laboral, conducta bèl·lica o deteriorament del seny. L'usuari pot manifestar canvis d'humor, augment de l'expressió oral, deteriorament de la durada de l'atenció o irritabilitat. També es pot produir discurs incoherent, falta de coordinació, marxa inestable, deteriorament de la memòria i estupor o coma (27).

El que pretén aquest estudi és recalcar la importància de la patologia dual a la nostra societat, per la seva elevada presència epidemiològica, i pels perjudicis i complicacions que comporta a la persona que la pateix i al seu entorn.

L'escassa difusió social de les conseqüències d'una patologia dual provoca una invisibilitat del problema. Si permetem que les persones que pateixen

patologia dual estiguin a l'ombra del sistema sanitari, aquestes no tindran coneixements de com es retroalimenta, i perjudica, la coexistència de drogues i trastorns psiquiàtrics.

Es considera que queda una lluita important del sistema sanitari contra la patologia dual. Cal profunditzar les característiques nosològiques d'aquesta, com incrementar i perfeccionar els instruments clínics per detectar-la. També s'han de millorar les estratègies terapèutiques perquè siguin més efectives i augmentar la formació als sanitaris que tracten als usuaris amb patologia dual. S'ha de seguir treballant per una atenció integrada en una única xarxa de salut mental i addiccions.

L'estudi planteja que el primer pas per combatre la patologia dual és conscienciar a la població, sobretot a la més vulnerable, dels riscos que comporta el consum de tòxics per a la salut mental.

2. OBJECTIUS

2.1 OBJECTIU PRINCIPAL

Analitzar la consciència del perjudici del consum de tòxics en l'evolució del trastorn psiquiàtric, abans de l'ingrés i en el moment de compensació de la malaltia, durant l'estada dels usuaris de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual de l'IAS.

2.2 OBJECTIUS SECUNDARIS

- Descriure els motius de l'ingrés a la unitat.
- Reportar la presència de simptomatologia psiquiàtrica aguda a l'ingrés.
- Analitzar el suport social/familiar dels usuaris.
- Conèixer les expectatives terapèutiques que tenen els usuaris de l'estada a la unitat.
- Identificar els coneixements dels usuaris d'on i a qui dirigir-se en situacions de risc de recaiguda al consum.
- Descriure els objectius dels usuaris a curt/mitjà termini en relació al consum de tòxics.

3. MATERIAL I MÈTODES

3.1 DISSENY DE L'ESTUDI

Es tracta d'una aproximació qualitativa.

3.2 ÀMBIT DE L'ESTUDI

L'estudi es va realitzar a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual de psiquiatria del Parc Hospitalari Martí i Julià.

Aquesta unitat d'hospitalització està dirigida a donar suport als usuaris amb patologia mental i addicció, disposa de 10 llits, 2 habitacions individuals i 4 dobles (28).

La Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual (UDPD) és un servei de psiquiatria d'adults públic i gratuït, que atén pacients amb problemes de consum de tòxics i pacients que pateixen una patologia psiquiàtrica associada a l'addicció. Està formada per un equip de professionals multidisciplinari de 15 persones (28).

La unitat d'hospitalització està dirigida a donar suport als usuaris dels centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) i dels centres de salut mental d'adults de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de les comarques gironines. Disposava de deu llits i inclou una zona de dia, sala polivalent i pati exterior (28).

Les persones que hi poden accedir són aquelles que pateixin un trastorn per ús de substàncies que hagin estat derivades per desintoxicació o estabilització des del seu CAS, i també aquelles persones amb patologia

psiquiàtrica amb trastorn per ús de substàncies associat (patologia dual) que hagin estat derivades dels CSM o CAS de referència (28).

La via d'ingrés com a rutina seguirà el protocol d'atenció sanitària a l'usuari amb problemes d'addició: el metge del CAP detectarà una possible patologia psiquiàtrica al pacient, que podrà ser purament psiquiàtrica o bé en relació amb l'abús de substàncies. En el primer cas serà derivat al CSM i en el segon al CAS. Els professionals d'ambdós serveis durant el procés terapèutic, podran detectar comorbiditat en els dos sentits en el pacient que pugui precisar d'un ingrés per a revaluar el diagnòstic o per a tractament. Si es considera per part del terapeuta referent de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XMIA) que el pacient necessita d'una hospitalització, contactarà amb la unitat de patologia dual i s'omplirà una petició d'ingrés formalitzada per a la unitat, passant el pacient a formar part d'una llista d'espera per a ingrés. Mai es realitzaran ingressos per la via del servei d'urgències (29).

Cada nova petició d'ingrés es valorarà en una reunió clínica de la unitat, on es decidirà si és adequat procedir amb la petició on es poden establir criteris de prioritat, segons la necessitat de cada servei i l'estat psicopatològic del pacient. L'equip rebrà informació detallada de cada cas provinent dels professionals que hagin treballat amb el pacient amb un informe de derivació des de la XSMIA. També es valorarà la possibilitat d'una entrevista prèvia amb el pacient per establir la naturalesa del problema, incloent-hi tractament anterior, expectatives de l'usuari i la família i el pla terapèutic, i s'informaran de les normes de la unitat (29).

Seria convenient que els nous usuaris acudissin a l'ingrés amb un pla terapèutic establert posterior a l'alta, per tal de facilitar, alleujar i clarificar l'objectiu de l'ingrés així com la seva posterior derivació. A l'ingrés es realitzarà una entrevista a l'usuari, donant un temps aproximat de residència a la unitat segons quina sigui la valoració diagnòstica i/o tractament i segons la patologia, concertant una data d'ingrés hospitalari sempre que això sigui possible. L'usuari ingressat de forma voluntària signarà un consentiment informat (29).

Tot i que no hi ha uns criteris absoluts per a l'ingrés hospitalari, es descriuen els processos més comunament ingressats:

- Avaluació diagnòstica i tractament de trastorns psiquiàtrics d'aparició en pacient amb trastorn per abús de substàncies o, al contrari, diagnòstic i tractament dels trastorns d'abús de substàncies en pacients amb patologia psiquiàtrica que requereixen una elevada intensitat assistencial o que poden comportar un risc inassolible a nivell ambulatori i per tant només poden ser tractats amb règim d'ingrés a una unitat especialitzada en patologia dual.
- Malalts amb ordre judicial per ingrés a la UPD, tot i que per les característiques de la unitat no es considera adient per a compliment de mesures penals alternatives.
- Aguditzacions dels pacients com patologia dual, en què s'intentaran ingressos programats (29).

No seran pacients amb criteris per a ingrés a la UPD:

- Aquells que patint un trastorn per ús de substàncies, no compleixin criteris de patologia psiquiàtrica o aquells en què sigui preferible fer un tractament en el medi comunitari.
- Aquells que pateixin exclusivament un trastorn de l'eix II ja clarament diagnosticat juntament amb el seu TUS i que poden ser atesos adequadament a la XSMIA.
- Aquells que, patint un trastorn psiquiàtric de l'eix I o II no pateixen una TUS que no pugui ser tractada en règim ambulatori, o de gravetat suficient com per a que no pugui realitzar un ingrés a la Unitat d'aguts per control de la seva psicopatologia.
- Problemes socials sense cap manifestació psicopatològica.
- Problemes socials amb TUS però sense manifestacions psicopatològiques.
- Demències per TUS en absència de símptomes no cognitius.
- El trastorns derivats del consum d'alcohol amb absència de patologia dual psiquiàtrica: intoxicacions abstinències.

- Trastorns derivats del consum d'altres tòxics en absència de patologia dual psiquiàtrica: intoxicacions i abstinències.
- El delírium secundari a tòxics es contempla com un trastorn orgànic i per tant no susceptible d'ingrés en una UPD.
- Pacients menors de 18 anys amb patologia dual (29).

3.3 POBLACIÓ D'ESTUDI I SELECCIÓ DE MOSTRA

El nombre de la mostra és $n=5$, ja que són els usuaris que la investigadora va considerar que podia assolir per la realització de la recollida de dades i el seu curós anàlisi.

A partir de la data d'inici de l'estudi, es va realitzar un mostreig consecutiu de tots els usuaris ingressats al servei de Patologia Dual, respectant els criteris d'inclusió i exclusió esmentats a continuació, durant 3 dies.

3.4 CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

Els criteris d'inclusió per escollir els participant van ser els següents:

- Persones amb patologia dual que ingressin a la Unitat de Patologia Dual del Parc Hospitalari Martí i Julià de l'Institut d'Assistència Sanitària de Salt, i que no marxin d'alta voluntària abans de finalitzar el projecte.
- Majors de 18 anys.
- Homes i dones que entenguin i parlin català o castellà.

Els criteris d'exclusió per escollir els participants van ser els següents:

- Persones que no signin el consentiment informat, o que no vulguin participar.
- Usuaris que pateixin algun tipus de demència.

3.5 MATERIAL I TÈCNICA DE RECOLLIDA DE DADES

La informació necessària de cada usuari que va entrar a l'estudi es va obtenir de l'informe mèdic i la historia clínica. S'utilitzà el programa informàtic Argos-SAP. Per recollir aquesta informació es va crear un quadern de recollida de dades (annex 1), en el que s'inclouen les següents variables: edat, sexe, primer ingrés/reingrés, estat civil, nivell d'estudis, ocupació, nombre de fills, viu sol/a o acompanyat/da, motiu de l'ingrés, diagnòstics mèdics psiquiàtrics, ingrés voluntari o involuntari, tipus de consum de tòxics a l'ingrés, simptomatologia psiquiàtrica a l'ingrés, simptomatologia de descompensació de la malaltia mental i tractament habitual.

A cada usuari se li va administrar una entrevista de caire semiestructurat (annex 2) a la meitat del seu ingrés (en un moment de compensació de la malaltia), amb el previ consentiment informat firmat, a més d'explicar en detall en què consisteix l'estudi. Les entrevistes van ser enregistrades amb una gravadora, amb el permís de l'usuari.

Per últim, es van transcriure les entrevistes per poder-les analitzar. Per tal de mantenir l'anonimat dels usuaris de la mostra, les transcripcions es van identificar amb el mateix codi numèric utilitzat al quadern de recollida de dades, de manera que el número d'identificació coincidia a ambdós documents del mateix usuari.

3.6 VARIABLES

- *Edat*: usuaris majors de 18 anys.
- *Sexe*: masculí o femení.
- *Primer ingrés / reingrés*: usuaris que ingressen per primera vegada o ja han ingressat a la unitat de Patologia Dual prèviament.
- *Estat civil*: solter/a, casat/da, divorciat/da o vidu/a.
- *Nivell d'estudis*: educació preescolar, educació primària, educació secundària, ensenyament post secundari no superior, educació superior.
- *Ocupació*: tipus de feina remunerada que realitzava abans del seu ingrés.
- *Nombre de fills*: 0, 1, 2, 3 o 4 o més.
- *Viu sol/a o acompanyat/da*
- *Motiu d'ingrés*: criteris per els quals s'ha dut a terme l'ingrés, recollits a la història clínica.
- *Ingrés voluntari / involuntari*: ingrés amb o sense autorització judicial.
- *Diagnòstics mèdics psiquiàtrics*: diagnòstics mèdics psiquiàtrics en el moment de l'ingrés, recollits a la història clínica.
- *Tipus de consum de tòxics a l'ingrés*: tipus de consum de tòxics recollits a la història clínica.
- *Simptomatologia psiquiàtrica a l'ingrés*: presència o absència de símptomes psiquiàtrics a l'ingrés.
- *Tractament habitual*: tractament psicofarmacològic recollit de la història clínica.

3.7 CONSIDERACIONS ÈTIQUES

Es va realitzar la consulta al respecte de sol·licitar l'aprovació del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de l'Institut d'Assistència Sanitària (CEIC-IAS) (annex 3) i es va demanar permís a la direcció de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual del Parc Hospitalari Martí i Julià.

Un cop aprovat, es garanteix la confidencialitat i anonimat de les dades dels usuaris participants i del centre respectant la Llei orgànica de Protecció de Dades 15/1999 del 13 de desembre. La identitat dels usuaris no figura, ja que estan identificats mitjançant un codi numèric (1, 2, 3, 4 i 5). L'investigador es compromet a seguir el Codi de Bones Pràctiques Científiques desenvolupat per l'Institut Municipal d'Investigació Mèdica i la Universitat Pompeu Fabra.

En tots els casos, els participants van ser adequadament informats del caràcter voluntari i anònim de la seva participació a l'estudi i dels seus objectius, acceptant participar sense rebre cap compensació a canvi i signant el full de consentiment informat (annex 4).

3.8 CRONOGRAMA DE TREBALL

- Del 7 de novembre al 26 de gener es va realitzar la recerca i l'anàlisi de la bibliografia relacionada.
- Del 27 de gener al 25 de febrer es van sintetitzar els objectius i la metodologia de l'estudi. També es va redactar el protocol del projecte.
- Al març es va enviar el protocol al Comitè Ètic d'Investigació Clínica de Girona per tal de rebre la seva aprovació i poder agafar la mostra.
- Al maig es va agafar la mostra al servei de Patologia Dual, realitzant l'entrevista. Es van requerir 3 dies per realitzar les entrevistes als participants.
També es va realitzar l'anàlisi de les dades i es van redactar els resultats, les discussions i les conclusions.

3.9 ANÀLISI DE DADES

Es va realitzar un anàlisi descriptiu de les variables demogràfiques i clíniques dels usuaris. Les variables categòriques s'expressen com freqüències absolutes i relatives, i les variables contínues com mitjanes i desviacions estàndard. La normalitat de les dades s'avaluà a través del test Shapiro-wilks i els gràfics Quantil-Quantil (QQ).

Es van comparar les entrevistes dels diferents usuaris de la mostra mitjançant un anàlisi qualitatiu seguint el mètode del psicòleg Bardin, a través de categories i subcategories (30), i també seguint uns estàndards clars d'informació de recerca qualitativa (31, 32).

A més de l'anàlisi quantitatiu de les variables demogràfiques i clíniques, es va optar per l'anàlisi qualitatiu de les entrevistes ja que permetia reduir el volum d'informació extreta d'aquestes, per tal de construir un marc per comunicar l'essència del que revelen les dades (33).

Segons Taylor i Bodgan es poden diferenciar tres passos en el procés d'anàlisi qualitatiu: descobriment, codificació i relativització de les dades (taula 2) (33) (34).

Taula 2. Procés anàlisi qualitatiu (33, 34).

<p style="text-align: center;">Descobriment</p> <p style="text-align: center;">(Buscar temes examinant les dades)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llegir repetidament les dades 2. Seguir la pista de temes, interpretacions i idees 3. Buscar temes emergents 4. Elaborar tipologies 5. Desenvolupar conceptes i proposicions teòriques 6. Llegir material bibliogràfic 7. Desenvolupar una guia d'història
<p style="text-align: center;">Codificació descriptiva</p> <p style="text-align: center;">(reunió i anàlisi de les dades que es refereixen als temes, idees, conceptes, interpretacions i proposicions)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolupar categories de codificació 2. Codificar les dades 3. Separar les dades pertinents a les categories de codificació 4. Visualitzar les dades restants 5. Refinar l'anàlisi
<p style="text-align: center;">Relativització de les dades</p> <p style="text-align: center;">(interpretar-les en el context en que van ser recollides)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dades sol·licitades o no sol·licitades 2. Influència de l'observador sobre l'escenari 3. Dades directes i indirectes 4. Fonts (distingir perspectiva d'una sola persona i les del grup) 5. Autoreflexió crítica

4. RESULTATS

Es van recollir les dades descriptives en el quadern de recollida de dades de 5 usuaris, també es van realitzar 5 entrevistes semiestructurades.

A continuació es presenten els resultats de les dades recollides al quadern de recollida de dades a través d'anàlisi quantitatiu, que permeten descriure la mostra.

El nombre d'homes que componen la mostra és de 4, és a dir, un 80% i 1 dona, que representa el 20% restant. L'edat mitjana dels participants de la mostra és de 38,2 anys (DS:10,23; rang: 30-54) (taula 3, taula 4).

El percentatge de reingressos és de 0, ja que per el 100% dels participants és el primer ingrés a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual.

S'ha trobat que el 60% dels participants estan solters i el 40% divorciats. Alhora, el 60% de la mostra no té fills i el 40% restant en té 1.

Pel que fa al nivell d'estudis, el 60% de la mostra presenta estudis primaris, el 20% estudis superiors i el 20% restant, no té estudis. Es visualitza que el 20% dels usuaris treballen, i per contra, el 80% no.

També es pot veure que un 20% dels usuaris viuen sols i el 80% viuen acompanyats.

En quan al motiu d'ingrés de la mostra, es troba que un 20% ingressa per addicció a les Benzodiazepines, un altre 20% per addicció a la cocaïna i la resta (60%) per varis tòxics. Tots els usuaris de la mostra van ingressar voluntàriament a la unitat. En el moment de l'ingrés també es va veure que un 20% no presentava simptomatologia psiquiàtrica, en canvi, el 80% si que en presentava.

Si s'observen els trastorns psiquiàtrics que pateixen els participants, es comprova que el 40% de la mostra presenta trastorn límit de la personalitat i el 60% restants presenta depressió. No es troba cap més diagnòstic psiquiàtric.

Pel que fa als tòxics que consumeixen o han consumit els participants, s'observa que el 80% consumeix o ha consumit alcohol, el 60% consumeix o ha consumit cànnabis, el 20% consumeix o ha consumit Benzodiazepines, el 80% consumeix o ha consumit cocaïna, el 20% consumeix o ha consumit Amfetamines i el 20% consumeix o ha consumit altres psicofàrmacs.

Taula 3. Descripció de la mostra (n=5) 1.

	Edat	Sexe	Ingrés Reingrés	Estat civil	Estudis	Ocupació	Nombre fills	Sol/Acomp anyat	Motiu ingrés	Voluntari	Simpt. ingrés
n	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Mediana	38,2	0,8	0	0,8	1,4	0,8	0,4	0,8	4,4	0	0,8
Desviació estàndard	10,232	0,447	0	1,09545	1,94936	0,44721	0,54772	0,44721	2,30217	0	0,44721
Mínim	30	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Màxim	54	1	0	2	4	1	1	1	6	0	1

Taula 4. Descripció de la mostra (n=5) 2.

Variable	n	%
Sexe		
Homes	4	80
Dones	1	20
Edat		
30 anys	1	20
31 anys	1	20
33 anys	1	20
43 anys	1	20
54 anys	1	20
Primer ingrés/reingrés		
Primer ingrés	5	100
Reingrés	0	0
Estat civil		
Solter	3	60
Divorciat	2	40
Nivell d'estudis		
Primària	3	60
Superior	1	20
Sense estudis	1	20
Ocupació		
Treballa	1	20
No treballa	4	80
Nombre de fills		
0	3	60
1	2	40
Viu sol/acompanyat		
Viu sol	1	20
Viu acompanyat	4	80
Motiu d'ingrés		
Benzodiazepines	1	20
Cocaïna	1	20
Varis	3	60
Ingrés voluntari/involuntari		
Voluntari	5	100
Involuntari	0	0
Diagnòstics mèdics psiquiàtrics		
Trastorn límit de la personalitat	2	40
Depressió	3	60
Simptomatologia a l'ingrés		
No	1	20
Si	4	80
Tòxic de consum		
Alcohol	4	80
Cànnabis	3	60
Benzodiazepines	1	20
Cocaïna	4	80
Amfetamines	1	20
Psicofàrmacs	1	20

A continuació es presenta la definició de les categories i subcategories sintetitzades i relacionades amb l'objectiu associat (taula 4 - taula 8), obtingudes com a resultat de l'anàlisi qualitatiu de les entrevistes. Després de cada taula es troben les respectives respostes dels participants de la mostra.

Taula 4. Categoria: consciència del perjudici del consum de tòxics en l'evolució del trastorn psiquiàtric.

CONSCIÈNCIA DEL PERJUDICI DEL CONSUM DE TÒXICS EN L'EVOLUCIÓ DEL TRASTORN PSIQUIÀTRIC	Analitzar la consciència del perjudici del consum de tòxics en l'evolució del trastorn psiquiàtric abans de l'ingrés i en el moment de compensació de la malaltia durant l'estada dels usuaris de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual de l'IAS.	Necessitat ingrés al preingrés	Percepció que té l'usuari de la necessitat de ser ingressat a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual, abans de l'ingrés.
	OBJECTIU Consciència que té l'usuari sobre el perjudici que causa el consum de tòxics que realitza en el trastorn mental que pateix.	Necessitat ingrés a l'ingrés	Percepció que té l'usuari de la necessitat de ser ingressat a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual, durant l'ingrés i un cop estigui compensat el trastorn mental.
		Desmotivació per la vida preingrés	Desmotivació de l'usuari envers la seva vida abans de l'ingrés a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual.
		Afectació del consum al preingrés	Percepció dels usuaris sobre els perjudicis que comporta el consum de tòxics abans de l'ingrés a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual.
		Afectació del consum a l'ingrés	Percepció dels usuaris sobre els perjudicis que comporta el consum de tòxics un cop ingressats a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual i en moment de compensació del trastorn mental.

- **Necessitat ingrés al preingrés:**

Tots els participants de l'estudi coincideixen en la percepció que tenien sobre la necessitat de l'ingrés abans de la seva estada a la unitat. Creien que era molt necessari i van ingressar per decisió pròpia.

- Usuari 1: “Si, era necessari si.”
- Usuari 2: “Si, si, perquè tenia l'estat d'eufòria molt amunt, clar i tinc que estar a la meitat...” “...el tema del son, no dormia, he dormit 3 o 4... i clar, a mi m'ha influenciat a venir aquí, perquè no podia ser, clar durant tot el dia, clar tinc molt de nervis. Jo al matí m'aixeco i és com si jo m'aixequés a les 4 de la matinada és com si m'aixequés a les 9 del matí... amb molt energia. I per això he vingut aquí, perquè em controlin el medicament i el tractament que estic fent.”
- Usuari 3: “Si, ingresé por cuenta propia, voluntariamente.”
- Usuari 4: “Clar és que no ho veus... i clar, quan tu no veus el problema...jo tinc un problema.” “Però no hauria aguantat que m'ingressessin de seguida, no ho hauria aguantat, no era el moment. Llavors aquests tres mesos m'han anat molt bé per assumir-ho, per preparar-me, per tancar una etapa...” “Jo ho estic escollint eh, jo ho estic escollint...estic escollint fotre'm una ralla, estic escollint fumar-me un porro... pensava que si que estava malament i que necessitava ajuda, era la via fàcil i còmode, no era capaç d'afrontar-ho.” “Va ser quan vaig dir no vull més, és que no vull més, allà vaig fer el clic... els dies que em queden vull estar bé i realment mai m'havia sentit així.” “Jo sóc educadora social, i havia fet suplències, però a la última feina jo era tutora, i no hi havia anat mai col·locada, però no vas en condicions... i vaig agafar la baixa perquè em feia vergonya anar a treballar. Amb quina cara vaig jo a treballar? Que hipòcrita sóc. I a nivell emocional va ser un xoc, com volia educar a algú si m'havia d'educar primer a mi. M'estimo la

meva feina i la valoro, i era totalment hipòcrita... em sentia molt malament, llavors que passava? Consumia. Es va ajuntar tot.”

- Usuari 5: “Jo crec que si, va arribar un punt que o ingreso o acabaré malament. I ho vaig decidir.”

- **Necessitat ingrés a l'ingrés:**

La percepció dels usuaris de la necessitat de ser ingressat un cop dins de la unitat no ha canviat, tots reafirmen que era necessari. Els usuaris 3 i 5 expressen que ara que estan ingressats creuen que era més necessari del que pensaven abans de venir.

- Usuari 1: “Si, crec que era necessari, passa que tinc els meus dubtes d'haver canviat una medicació per una altra.”
- Usuari 2: “Si, si robava per consumir. Hi ha hagut èpoques de consum diari molt fort, de 4 a 5 grams diaris, bueno entre jo i uns amics. És molt, moltíssim.”
- Usuari 3: “Si, más todavía. Me ha ayudado mucho. El personal muy bien, los compañeros muy bien, sobre todo el personal... y todo muy bien si.”
- Usuari 4: “Si, necesito ajuda, estic molt malament, i evidentment estic aquí per que necesito ajuda...però bueno, pas a pas, em queden pocs dies i després a la comunitat.”
- Usuari 5: “Òstia si, he agafat pes i em trobo molt millor i bueno, va canviant tot de mica en mica.”

- **Desmotivació per la vida al preingrés:**

A excepció de l'usuari 2, tots expressen haver tingut sentiments de desmotivació envers la vida abans de l'ingrés. No se sentien amb prou força com per deixar de consumir i superar la seva dependència a la droga.

- Usuari 1: “Totalment ficat en un llit, en un quarto i intentant distreure’ m amb l’ordinador, amb una maquineta, una mica de tele...idiotitzat.”
- Usuari 3: “Mira yo ahora en noviembre se murió mi abuela, el 15 nació mi hija...y eso es algo que pff me hundió mucho y entonces me metí más en la droga todavía.” “Cuando murió mi abuela estaba muy depresivo, era como mi madre para mí, y lo sigo pasando mal.”
- Usuari 4: “ Jo ara últimament no em veia ni capaç de sortir de casa...”
- Usuari 5: “...però ara aquests últims mesos...com que em va deixar la meva parella, va ser una recaiguda... s'havia convertit en algo diari”

- **Afectació del consum al preingrés:**

S'observa que els usuaris declaren ja saber els perjudicis del consum abans de l'ingrés.

- Usuari 1: “Al principi no, però clar em vaig tirar molts anys consumint i al final... ja tens el nas (es toca el nas). Després de tantes recaigudes estava fet pols.” “I era conscient que tantes pastilles m’afectaven però és “El pescadillo que se muerde la cola”, si no en prenia no dormia i jo volia dormir perquè estava cansat físicament i psicològicament.”
- Usuari 2: “Enves de controlar tu la droga, la droga et controla a tu.” “Evadia els problemes i quan acabava el consum estàs fet una merda i et preguntes per què estàs consumint.”
- Usuari 3: “Si claro, me afectaba en todos los aspectos...moralmente, físicamente.”
- Usuari 4: “Jo estic viva de miracle, quan estas així et poses en risc moltes vegades.”

- Usuari 5: “Si jo creia que sí. Mira jo pesava 72 quilos, anant al gimnàs i cuidant-me i vaig començar, vaig recaure i em vaig aprimar 8 quilos, en res. Saps? El cap també m'afecta molt, la psicològica també. Ja tenia els coneixements.”

- **Afectació del consum a l'ingrés:**

Pel que fa a aquesta subcategoria, es comprova que no hi ha diferències en la percepció sobre els perjudicis del consum a la salut, del preingrés a l'estada, en els usuaris 1, 2, 3 i 5. Per altra banda, l'usuari 4 afirma ser més conscient de l'afectació que li provocava la substància tòxica de consum sobre l'organisme.

- Usuari 1: “M'afectava, la vaig deixar per mi mateix.” “Surts a buscar un paquet de tabac al dia i un bocadillo i era mal menjar, mals hàbits, no et dutxes, ja ni ets persona, no prens aliments.”
- Usuari 2: “Jo sóc conscient que tinc una enfermetat i ara tinc que estar alerta a tot lo que em suposa estar al carrer. Ara la droga em senta malament, no em dona energies ni res...al contrari, m'afecta.”
- Usuari 3: “ Hombre ser más consciente no, porque pienso igual tome o no tome, pero lo ves todo más claro. Con más constancia y ganas... Lo hago también por mi hija y mi madre... tengo motivos para luchar.” “Con el consumo quieres olvidar, cuando al día siguiente te despiertas sigue todo igual o peor con 500€ menos. No es vida.”
- Usuari 4: “Ara sóc més conscient puff! Sobretot els dolors, notava molt més els dolors, sobretot tema esquena...” “Els colocons no és felicitat, és una felicitat falsa, perquè al dia següent els problemes són els mateixos i més, perquè el dia següent em sento malament per mi i per la meva família, els hi estic fent mal. La bola es va fent gran i un dia més tornes a consumir. I un dia, més un dia més un dia més...aquí estic.”

Taula 5. Categoria: suport social.

SUPPORT SOCIAL	Percepció de l'usuari del suport social rebut per part del seu entorn.	Família	Percepció de l'usuari del suport rebut per part dels seus familiars.
		Companys de pis	Percepció de l'usuari del suport rebut per part dels seus companys de pis.
	Amics	Percepció de l'usuari del suport rebut per part de les seves amistats.	
	Professionals	Percepció de l'usuari del suport rebut per part dels professionals sanitaris que l'atenen a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual.	
	Importància	Consciència de l'usuari sobre la importància que exerceix el suport social en la seva rehabilitació.	
	OBJECTIU Analitzar el suport social/familiar dels usuaris.		

S'observa que tots els usuaris tenen recolzament per part de l'entorn, però en diferent mesura. No tots els usuaris gaudeixen de recolzament familiar, pels usuaris 1 i 3 aquest recolzament és nul. Per contra, els usuaris 2, 4 i 5 compten amb total suport per part de la seva família.

Es veu que en alguns casos les amistats també consumeixen, per exemple, els usuaris 3 i 5. Per altra banda hi ha el cas de l'usuari 4, que era ella la que consumia i era la "mala influència" i va abandonar les amistats sanes que tenia.

Els usuaris 3 i 4 recalquen el recolzament que reben per part dels professionals de la unitat.

Els usuaris 1 i 4 emfatitzen la importància que té el recolzament de l'entorn en el procés de rehabilitació.

- **Família:**

- Usuari 1: “No, no tinc família, el meu fill m’ha intentat ajudar però pobret té 18 anys saps?”
- Usuari 2: “Si molt, el meu pare m’ha ajudat aquí a Girona, tinc la meva germana que és la meva referent i viu a Barcelona, i tots m’estan ajudant...”
- Usuari 3: “Apoyado por mi familia nada, porque llamado solo he llamado a mi madre y me contestó, ¿qué quieres?”
- Usuari 4: “Uf, uf, uf, m’han ajudat molt... sinó fa molts anys que no estaria aquí, o estaria morta o estaria al Marroc.” “I la meva família, et puc dir que... jo no volia deixar el pes dels meus pares d’haver d’amagar, no, no, ja sé que no era el moment però el dia del Tanatori que estàvem tots, i tenim una família amb molt d’amor i vaig aprofitar i els hi vaig dir... Va ser buff, no hi havia un altre moment. I et puc dir que tots, bueno no esperava altra resposta eh, recolzament total. I després em van escriure i tal. També penso que jo m’he mogut, i saps el tema de la teoria familiar sistèmica? Bueno, quan un element es mou, tot es mou. I jo penso que això està passant a la meva família.” “I la meva germana, jo li he fet tant de mal des de petita... bueno, ara ella també està fent la seva teràpia, necessita el seu espai, a més és una tia súper sana, el contrari que jo. I ho ha viscut de molt a prop, i està entre el sentiment de culpabilitat i el de ràbia.”
- Usuari 5: “Si, al 100%, els meus pares m’estan ajudant un merder.”

- **Company de pis:**

- Usuari 1: “Estic en un pis de lloguer i aleshores el noi amb el que estic vivint allà ho sap tot i m’està ajudant bastant, he tingut sort.”

- **Amics:**

- Usuari 3: “Amigos en esta vida hay pocos, tengo un chaval que se que puedo contar con él, pero no, amigos sería volver a lo de siempre...que son conocidos, no amigos.”
- Usuari 4: “Els meus amics, tinc la gran sort que tota la gent que he anat deixant per el camí durant tants anys... doncs només he trobat una persona que ha volgut mantenir distàncies, i jo ho he entès perquè els vaig fer molt de mal...gent sana i gent bona, la tòxica era jo.”
- Usuari 5: “I amics... que vols que et digui? Pff... ells també consumeixen, ja m'he apartat jo perquè veig que no va bé, saps?”

- **Professionals:**

- Usuari 3: “Los enfermeros te ayudan, y hacen lo que crean conveniente, cosa que en otros sitios no.”
- Usuari 4: “I els professionals, jo estic però tant agraïda...sense ells...Són grans professionals, però són grans persones. Jo estic tenint molta sort en tot el procés.” “Jo sempre ho dic que el camí l'estic fent jo, però ells estan al costa, i ells m'han recolzat i no m'han jutjat, han estat allà, si he anat col·locada...” “Això s'agraeix molt, perquè no ha de ser fàcil, a més entre ells hi ha molt bon rotllo i això repercuteix molt en nosaltres, clar jo sóc educadora...i es nota, el bon clima fa que les activitats, que l'ambient sigui guai...es respira bon ambient.”

- **Importància:**

- Usuari 1: “És important almenys tenir una mica de recolzament i poder xerrar una mica i tal, però bueno ell pobret tampoc podia motivar-me més de lo que intentava.”
- Usuari 4: “ El problema més greu és la desconfiança que té la meva família, però és totalment normal, són molts anys de mentides. Ara em toca a mi, treballar i demostrar-ho, currar-m'ho. Ells sempre han

estat.” “Jo ho valoro moltíssim que em facin costat. M'omple, no m'esperava menys tampoc.” “I realment jo ho dic que tinc tantíssima sort que a vegades no sóc conscient, i aquí ho veig, per exemple l'usuari 1 o l'usuari 3... pff i haig d'estar agraïda, a vegades no ho he valorat com ho havia d'haver valorat, però penso que en aquell moment no ho podia valorar. Tampoc em vull maxacar, ara puc valorar-ho.”

Taula 6. Categoria: expectatives terapèutiques.

EXPECTATIVES TERAPÈUTIQUES	Expectatives de l'usuari de l'ajuda que ofereix la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual.	Ajuda al pre-ingrés	Expectativa de l'usuari de l'ajuda que s'esperaven rebre a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual.
	OBJECTIU Conèixer les expectatives terapèutiques que tenen els usuaris de l'estada a la unitat.	Ajuda a l'ingrés	Perspectiva de l'usuari sobre l'ajuda que rep durant l'ingrés a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual.
		Temps	Percepció dels usuaris sobre el temps (real) d'estada a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual envers el temps que creuen que hauria de durar l'estada.
		Profit de l'estada	Opinió dels usuaris sobre la utilitat de l'estada a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual, durant l'ingrés i en situació de compensació del trastorn mental.

Tots els usuaris coincideixen en dir que l'ingrés els està ajudant.

L'usuari 1 ja pensava que l'ingrés l'ajudaria abans d'entrar, encara que fos per marcar rutines, tot i així, pensa que 15 dies són pocs i que no vol sortir molt confiat.

L'usuari 2 va ingressar informat de tot el que faria durant l'ingrés i creu que li funcionarà.

L'usuari 3 ja pensava que l'ajudarien molt, i així ho segueix pensant un cop ingressat, creu que millorarà en tots els sentits.

Els usuaris 4 i 5 coincideixen en afirmar que un cop a la unitat pensen que els està ajudant més que el que pensaven abans d'entrar. L'usuari 4 es pensava que ho passaria pitjor.

- **Ajuda preingrés:**

- Usuari 1: “Jo sabia que aquí trobaria una ajuda, ja pel fet de complir una rutina, és que no portava cap rutina ni d'horaris... sabia que d'una manera o altra m'ajudaria.”
- Usuari 5: “Si que em pensava que podria ajuda l'ingrés abans d'ingressar”.

- **Ajuda a l'ingrés:**

- Usuari 1: “M'ha ajudat, penso que quan surti seré capaç suposo que si de mantenir-me en aquest ritme, però clar els que estan al carrer entren en un centre van més segurs, els que anem al carrer una altra vegada...”
- Usuari 3: “Mucho, muchísimo... en muchos sentidos. Físicamente... en muchos sentidos. Me arrepiento de muchas cosas, pero no puedo volver atrás, pero soy joven... quiero ver crecer a mi hija.”
- Usuari 4: “A eso voy, vaig a per tot, a treballar i a fer el que em diguin.” “Anem a treballar l'autoestima. Respectar-me i posar en valia pues el que tinc. Perquè tinc coses bones però les tinc amagades. M'estic coneixent.” “Vaig disposada a treballar-ho, vaig amb molt motivació i ganes.” “ O sigui pensava que m'ajudaria si,

però no fins el punt aquest, o sigui, no m'ho imaginava així, o sigui, m'he emportat una sorpresa molt grata. Tan amb els professionals, com en el lloc. Llavors pensava que m'ajudaria potser no tant, pensava que ho passaria molt pitjor.”

- Usuari 5: “També, òstia si, ho reafirmo el que pensava, l'ingrés m'està ajudant.” “Pensava que m'ajudaria menys i veig que ara estant aquí m'està ajudant molt més.”

- **Temps:**

- Usuari 1: “És que amb 15 dies jo penso que no se solucionarà el problema, amb el temps ja vas agafant els hàbits... aquí perquè veus una mica l'entorn que no és que t'obliguin no? Perquè t'ho diuen però, no, no, les normes no les he de posar jo allà quan estigui fora, suposo, és que no vull anar amb molta seguretat perquè la seguretat em fa entrebancar moltes vegades saps? Aleshores vull anar amb una mica de cautela i a veure...”

- **Profit de l'estada:**

- Usuari 2: “Si, ja em van comentar que faria això, això, això... jo ja tinc ganes de sortir, perquè a ningú li agrada, però crec que em funcionarà.”
- Usuari 3: “Aquí me han ayudado mucho... mucho... a buscar una comunidad, y no es su trabajo, aunque me digan que sí, no lo es y se lo agradezco de corazón.”

Taula 7. Categoria: coneixements.

CONEIXEMENTS	Coneixement de l'usuari d'on i a qui dirigir-se per rebre ajuda envers la patologia dual.	Al preingrés	Abans de ser ingressats els usuaris saben o no a on dirigir-se per rebre ajuda envers la patologia dual.
	OBJECTIU Identificar els coneixements dels usuaris d'on i a qui dirigir-se en situacions de risc de recaiguda al consum.	A l'ingrés	Una vegada ingressats saben o no a on dirigir-se si hi ha la intenció de recaiguda o si aquesta es produeix.

Tots els usuaris van saber demanar ajuda per ingressar.

L'usuari 1 no anava a fer els controls al CAS, afirma que quan surti i torni a tenir "dubtes" parlarà amb el doctor.

Els usuaris 2 i 3 afirmen tenir les eines per no recaure en el consum.

L'usuari 4 afirma no estar preparada per sortir. Si bé, aquest usuari es dirigirà a una comunitat terapèutica a fer 7 mesos de rehabilitació, és a dir, quan es doni d'alta de la unitat no anirà a casa seva.

L'usuari 5 espera no tenir la temptació de consumir quan sigui donat d'alta de la unitat.

- **Al preingrés:**

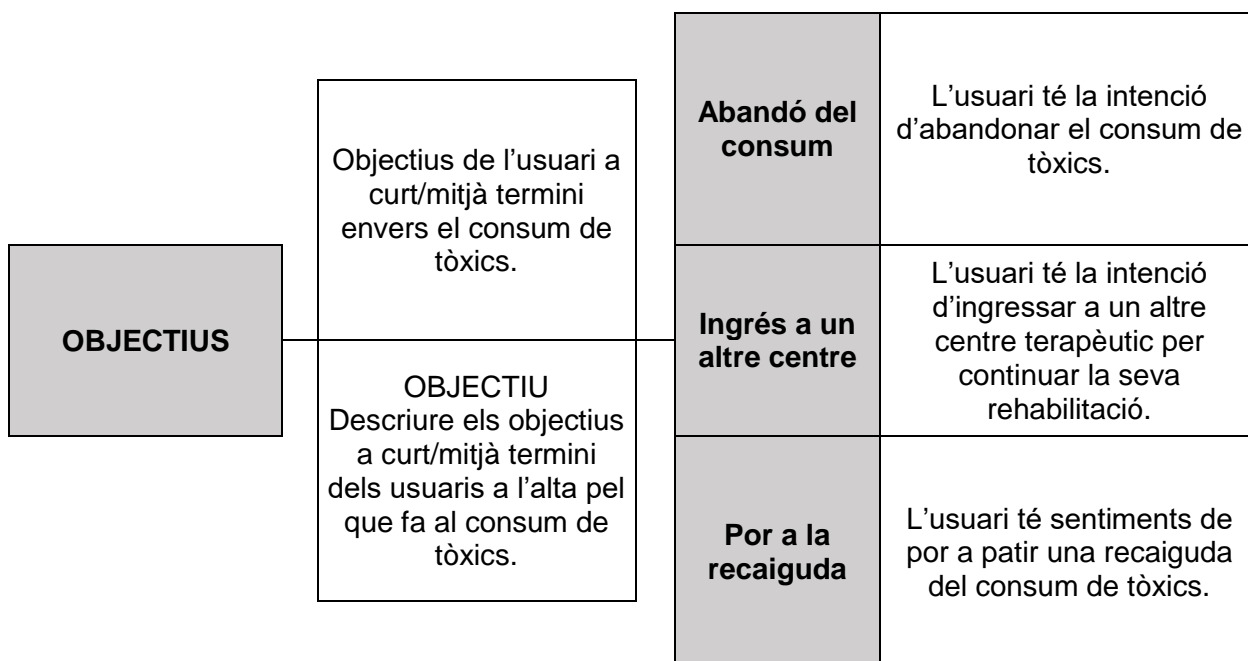
- Usuari 1: "No anava als controls, jo estava prenent metadona molts anys i al deixar-ho em va fer molt de mal també, però no anava ni a veure com m'anava la baixada..."

- Usuari 3: “Si llevo des de los 14 años... vengo de una familia totalmente desestructurada. Mi madre, mi padre y mi tío estaban enganchados a la heroína... mi padre lo conocí con 14 años. Mi entorno ha estado siempre de heroína. He visto monos. Entonces estoy acostumbrado. Yo ahora mismo ha entrado una chica nueva y namás verla he sabido de que venía más o menos.”
- Usuari 5: “Si que he vaig saber demanar ajuda.”

- **A l'ingrés:**

- Usuari 1: “Si, al CAS de Figueres, però jo estava molt segur de mi i al final... o sigui la pròxima vegada que comenci a tenir dubtes he de tornar a parlar amb la doctora o el doctor, el que hi hagi que necessito ajuda, perquè a l'entorn no li puc demanar a ningú.”
- Usuari 2: “Si, tinc eines per no recaure. Si jo per exemple veig gent consumint, el que faré serà marxar. Jo la gent que tenia era gent de consum, ara tinc que fer el revés, buscar gent que no consumeixi. Això costarà una mica, perquè com entres a la gent nova? No sabria que dir... ja sé que n'hi ha perquè m'han dit que puc anar a centres cívics a buscar cursos, o si hi ha una activitat que es pugui... jo ocuparé el temps lliure amb gent sana, no amb gent que consumeixi. Perquè jo m'estaria posant en risc, haig de saber a dir que no, i costa. Suposo que fer estratègies per dir que no.” “Al CAS Teresa Ferrer. Tinc la meva germana, tinc el meu padrastre...”
- Usuari 3: “Si. Tengo la manera de no consumir. Primero yo mismo decir que no, y dirigirme a otro sitio, al Teresa Ferrer por ejemplo.”
- Usuari 4: “Aquí el que estic fent quan tinc ganes de fumar, faig esport, però fora... ara encara no, no estic prou forta.” “Crec que si que sabré demanar ajuda, però quan s'hagi acabat el procés.” “Espero estimar-me tant com per poder i saber demanar ajuda.”
- Usuari 5: “No la veritat... ah, tindria que tornar al CAS i tot això, però espero no trobar-m'hi.”

Taula 8. Categoria: objectius.



Tots els participants tenen la intenció d'abandonar el consum, també coincideixen en ingressar a un altre centre quan se'ls doni d'alta de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual.

Els usuaris 1 i 4 tenen por a una recaiguda quan surtin de l'ingrés.

- **Abandó:**

- Usuari 1: "Ho tinc molt clar que les Benzodiacepines s'han acabat, però tinc dubtes de si podré continuar amb el "clima" aquest saps, és que l'entorn..." "No puc continuar amb la vida que portava abans, n'estava tip, aleshores canviar el xip no?" "Quan arribes al tope a baix del fons...aquí o t'arregles o te'n vas cap al huerto del señor, o sigui al cementiri, i no en tenia ganes que vols que et digui, a lluitar!"
- Usuari 2: "No vull tornar-hi." "Perquè jo sé que serà pitjor, i doncs com que sóc conscient..." "Jo el que faré serà intentar no consumir,

fer les coses bé, em vull treure hasta el carnet de camió, ai d'autobús..."

- Usuari 3: "Sí, claro. Menos tabaco... intención no es, es que no voy a volver a consumir... porque si digo intención...no." "Yo tengo 30 años, ya he vivido bastante... bastantes sustos."
- Usuari 4: "Vull aprendre a viure sense dependre de res ni de ningú, perquè sempre he depès o d'algú o de la droga. I jo sóc la __, sóc una persona vàlida, que m'haig d'estimar a mi mateixa, a veure ara m'estimo molt més del que m'estimava, però em queda molt, perquè si m'estimés tot el que m'haig d'estimar no estaria aquí."
- Usuari 5: "Ja que estic aquí, ho faré bé. Sinó... ho tinc clar. Ja vaig venir amb aquesta intenció."

- **Ingrés a un altre centre:**

- Usuari 1: "Estic en llista d'espera d'un centre, ara parlaré amb l'assistenta social a veure com va la cosa quan surti d'aquí, aquesta setmana suposo que tindrè hora i si me'n vaig a un centre pues millor saps? Estar al carrer és tornar al mateix d'abans."
- Usuari 2: "Jo sortint d'aquí torno a Can Prat."
- Usuari 3: "Quiero buscar una comunidad."
- Usuari 4: "Sortint d'aquí vaig a una comunitat a Manresa."
- Usuari 5: "Com que hi ha pisos tutelats...tinc pensat allunyar-me."

- **Por a la recaiguda:**

- Usuari 1: "Em trobo més fort, amb una mica més de seguretat, una mica més de confiança, però és lo que et dic, que no vull que sigui una falsa confiança, una falsa seguretat no? Que sigui veritat... fins que no estigui fora... saps que et vull dir?" "Com la prova de foc, és que sóc politoxicòman de tot i ja he tingut moltes recaigudes per aquella falsa seguretat que dius va ja estic bé, no? amb els anys et tornes més prudent."

- Usuari 4: “Però tinc por a les recaigudes.” “Ara tinc por a la recaiguda, perquè a la vida la beguda hi és, el meu pare és alcohol, no ho reconeix, però és alcohòlic... i la beguda està socialment acceptada, els porros cada cop més. Però em fa por perquè queda una vida molt llarga per davant, però es treballa molt per la prevenció a les recaigudes, i em fa por el sortir. Lo dur ve quan surti d'aquí 7 mesos. És el meu punt dèbil, i haig d'aprendre a viure amb això. I bueno, i saber-ho portar.”

5. DISCUSSIÓ

En aquest treball s'ha analitzat la consciència sobre el perjudici del consum de tòxics en l'evolució del trastorn mental, abans de l'ingrés i en el moment de compensació de la malaltia, dels usuaris amb patologia dual de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual. S'han descrit els motius de l'ingrés a la unitat i també la presència de simptomatologia psiquiàtrica de la mostra. Alhora s'ha analitzat la percepció del suport social per la seva importància durant el procés de rehabilitació. També s'han conegut les expectatives terapèutiques dels participants, identificat els coneixements per evitar la recaiguda i descrit els objectius de cada un dels usuaris de la unitat en relació al consum. A continuació es comparen els resultats del treball amb la literatura analitzada.

La mostra d'aquest projecte coincideix amb estudis anteriors, on s'afirma que la majoria dels usuaris de patologia dual són homes joves, sense parella i amb un baix nivell sociocultural (5, 12).

Encara que les semblances que s'observen en les dades dels participants són significatives, dins la mostra hi ha diversitat, i aquesta s'explica a través del model biopsicosocial. Per exemple, veiem diversitat pel que fa al nivell d'estudis, ja que un usuari té estudis universitaris i la resta té estudis primaris o no en té (3, 4, 11).

Tots els usuaris de la mostra presenten politoxicomania i àmplia varietat de quadres psicopatològics, el 80% dels participants presenta simptomatologia psiquiàtrica a l'ingrés. Aquests fets, segons la bibliografia estudiada, compliquen el diagnòstic i la intervenció terapèutica, ja que dificulten la diferenciació entre alteracions conductuals, cognitives i emocionals. No es pot saber amb certesa si els símptomes es deuen al trastorn mental de base o són conseqüència (aguda o crònica) del propi consum de substàncies psicoactives (3, 4, 10, 11, 13).

En quan al consum de cànnabis, un estudi realitzat per professionals de diferents serveis de psiquiatria (14), va considerar que un 76,5% dels addictes a aquesta

droga tenien un diagnòstic dual a l'actualitat, destacaven la seva prevalença als trastorns de l'humor i l'ansietat, i també relacionaven aquest fet amb l'alteració que el cànnabis genera en el sistema de regulació emocional. En els resultats del treball a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual, el 60% de la mostra consumia cànnabis i tenen un diagnòstic de patologia dual a l'actualitat, amb trastorns d'humor i ansietat relacionats.

Per altra banda, la intoxicació alcohòlica es pot manifestar amb canvis d'humor, augment de l'expressió oral, deteriorament de la durada de l'atenció o irritabilitat, discurs incoherent, deteriorament de la memòria i estupor (27). Aquests símptomes es relacionen amb els registrats en els usuaris que consumien alcohol (el 80% de la mostra recollida) en el quadern de recollida de dades.

Els estudis dels investigadors Westermeyer i Regier conclouen que els usuaris que tenen una taxa més elevada de probabilitat d'esdevenir usuaris amb patologia dual, són els que pateixen esquizofrènia (4, 5). No obstant, a l'estudi realitzat, no s'ha obtingut cap usuari amb trastorn per esquizofrènia. Per altra banda, la investigació realitzada a la Comunitat de Madrid l'any 2008 (4), va mostrar que el trastorn depressiu era el més freqüent, seguit del límit i el paranoide, dades que concorden amb les obtingudes al projecte, ja que s'observa que el 60% de la mostra pateix depressió i el 40% restant, trastorn límit de personalitat.

Segons estudis anteriors, la dependència requereix un conjunt de símptomes cognitius, conductuals i fisiològics que provoquen un ús continuat malgrat problemes significatiu que poden implicar tolerància, abstinència i comportament compulsiu (7). La patologia dual s'associa a característiques de personalitat que suggereixen conductes més desadaptatives, menys recursos de cara a la recuperació i manteniment de l'abstinència, pitjor qualitat de vida i deteriorament neuropsicològic (10). Es poden relacionar aquests comportaments amb la situació que els participants de l'estudi patien abans de demanar ajuda per ser ingressats, ja que el 80% explica desmotivació per la vida, fet que els portava a no abandonar el consum, tot i ser conscients dels perjudicis que aquest provocava al seu trastorn mental i d'apreciar la necessitat de l'ingrés.

Tal i com va afirmar Krueger amb els seus estudis amb bessons, la concomitància entre els trastorns relacionats amb la manca de control d'impulsos i la violència, com la dependència a substàncies, el comportament antisocial i la personalitat desinhibida, eren patologies que formaven part d'un mateix espectre, i no podien ser tractades com a categories diagnòstiques aïllades (15). Es troben i relacionen les patologies anteriors en els usuaris de la nostra mostra.

El següent punt a considerar són les conductes violentes i criminals i la marginació associada a les persones que pateixen patologia dual (11), que es veuen reflectides a la mostra de l'estudi dins la categoria de suport social.

S'ha vist que tots els participants coincideixen en dir que l'ingrés els està ajudant, i agraeixen la feina feta per els professionals sanitaris. Se sap que l'obertura de les Unitats de Patologia Dual i les reunions de coordinació entre els diferents equips, faciliten la feina dels professionals sanitaris, evitant l'ambigüitat terapèutica de molts usuaris (11). La valoració positiva que professionals fan en aquest tipus d'unitats especialitzades, es reflexa en la percepció d'ajuda rebuda que tenen els usuaris.

Seguint en la línia del paràgraf anterior, els processos de reforma psiquiàtrica al model de l'IAS (17), han ajudat als usuaris de la mostra a adquirir coneixements sobre on i a qui acudir en cas de recaiguda al consum, però també per demanar ajudar abans de l'ingrés a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual. Doncs, aquesta reforma, promou l'adhesió al tractament, la supervisió de la presa dels fàrmacs prescrits, la detecció del consum, la valoració de l'estat psicopatològic per detectar precoçment recaigudes i/o descompensacions, l'entrenament d'habilitats socials, la participació en la presa de decisions i l'educació en estils de vida saludables (2, 5, 12).

Pel que fa als objectius a curt i mitjà termini, s'ha observat que tots els usuaris de la mostra tenen la intenció d'abandonar el consum, i es dirigiran a un altre centre terapèutic quan surtin de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual, per tal de continuar la seva recuperació. No obstant, molts d'ells presenten por a la recaiguda. Trobem que en un estudi realitzat a Itàlia s'afirma que el curs del

diagnòstic dual pot ser crònic, greu i invalidant, i requereix molts programes terapèutics per gestionar diverses discapacitats (13).

6. LIMITACIONS

La principal limitació d'aquest estudi va ser el temps, aquest va provocar la reducció del nombre de la mostra i la quantitat d'informació que es va poder incloure a l'entrevista. També impedeix poder tenir en compte un major número de variables, d'important interès per la investigadora.

Per altra banda, enlloc de realitzar dues entrevistes (una en el moment de l'ingrés i l'altre a l'alta), es va haver de sintetitzar una sola entrevista semiestructurada (a la meitat del procés d'hospitalització) que englobés les dues visions de percepció de la consciència del perjudici del consum de tòxics, pre i post ingrés. Cal destacar, que d'aquesta manera els usuaris de la mostra feien l'esforç de recordar què pensaven abans d'ingressar, fet que els va fer reflexionar i adonar-se del seu avenç dins la unitat.

Es troba una limitació en quan a l'anàlisi qualitatiu de les dades, ja que no va ser possible realitzar la comparació interjutges de les categories i subcategories derivades de les entrevistes.

Les limitacions esmentades poden ser corregides en futures línies d'investigació.

7. FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

1. Agafar més mostra i fer un estudi multicèntric per tal de que sigui representatiu i extrapolable a la població.
2. Realitzar dues entrevistes: una als 3 dies posteriors a l'ingrés (anomenada entrevista a l'ingrés) i l'altre al mateix dia de l'alta (anomenada entrevista a l'alta) (annex 5).
3. Comparar les dues entrevistes esmentades en el punt anterior per visualitzar els canvis realitzats, en el mateix usuari i entre tots els participants. Per visualitzar millor les preguntes que es comparen a l'ingrés i a l'alta s'ha realitzat una taula (annex 6), aquesta va servir per sintetitzar l'entrevista definitiva que es va utilitzar a l'estudi.
4. Tenir en compte altres variables quantitatives d'interès, com antecedents familiars de trastorns psiquiàtrics i/o addicions.
5. Analitzar la mostra 1 any després de l'alta a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual per realitzar un estudi sobre el percentatge de recaigudes.

8. CONCLUSIONS

- La consciència del perjudici del consum de tòxics en l'evolució del trastorn psiquiàtric, no augmenta significativament en el moment de compensació de la malaltia respecte a la que tenien abans de l'ingrés a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual de l'IAS. Els usuaris saben els perjudicis que comportava el seu consum en el seu trastorn mental abans d'entrar a la unitat.
- La major part dels usuaris se sent desmotivats amb la seva vida abans de l'ingrés, això els impedia tenir forces i ganes per deixar de consumir i rehabilitar-se de la seva dependència a la substància tòxica.
- El fet que motiva als usuaris a ingressar a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual és l'anhel d'aconseguir eines terapèutiques per no tornar a consumir.
- Els trastorns mentals dels participants són depressió i trastorn límit de personalitat. Per altra banda, els tòxics més consumits són l'alcohol i la cocaïna, seguits del cànnabis, les Benzodiazepines i altres psicofàrmacs i les Amfetamines.
- Tots els usuaris de la mostra, exceptuant un usuari, presentaven simptomatologia psiquiàtrica aguda a l'ingrés. No es pot diferenciar amb certesa si aquesta prové d'efectes aguts o crònics de les drogues o és pròpiament causada per el trastorn mental.
- Tots els participants afirmen tenir algun tipus de suport de l'entorn, ja sigui per part dels familiars, companys de pis, amics o professionals sanitaris. Malgrat en alguns casos, l'entorn d'amistats també consumeix. El 20% dels usuaris emfatitza la importància que té el recolzament de l'entorn en el seu procés de rehabilitació.

- Tots els usuaris de la mostra coincideixen a dir que l'ingrés a la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual els està ajudant.
- Tots els participants tenen coneixements d'on i a qui dirigir-se en possibles situacions de risc de recaiguda al consum.
- El 100% dels usuaris de la mostra té la intenció d'abandonar el consum. També coincideixen en completar la seva rehabilitació a un altre centre terapèutic quan surtin de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual. No obstant, la por a recaure en el consum és present en el 20% de la mostra.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Carceleler Maicas NL. Patología dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre. Arx d'Etnografia Catalunya [Internet]. 2012;12:83-105. Disponible a: <http://antropologia.urv.cat/revistarxiu>
2. Szerman, N. Martinez-Raga, J. Baler, R. Roncero, C. Vega, P. Basurte I et al. Declaración conjunta sobre patologia dual. 2017;(3).
3. Alcaraz CA. Perfil clínico y de personalidad en patologia dual. Proy Investig [Internet]. 2016; Disponible a: <https://digitum.um.es/jspui/handle/10201/48268>
4. Vivas AR. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con patologia dual. Análisis de su evolución en un centro de tratamiento específico. 2013. Disponible a: <http://eciencia.urjc.es/handle/10115/12321>
5. Mar TM, Ana PM. Patología dual y enfermería: revisión bibliográfica. 2017; 4(1).
6. Eugenia M, Navarrete S. El papel de la enfermería en la patologia dual. 2010;10.
7. Moskalewicz J, Murphy S, Navarro-mateu F, Torres Y. Substance Abuse in the World Mental Health Survey. 2017;26(3):1-17.
8. Psiquiatria AA de. Guia De Consulta De Los Criterios Diagnósticos Del Dsm-5 [Internet]. 2014. Disponible a: www.psych.org
9. Szerman N. Patología dual en psicosis. Dual Disorders and Psychosis. Rev Patol Dual [Internet]. 2015;2(2):1-4. Disponible a: www.patologiadual.es/profesional_revista.html
10. Marquez-Arrico JE, Adan A. Patología dual y rasgos de personalidad: Situación actual y líneas futuras de trabajo. Adicciones. 2013;25(3):195-

202.

11. Torrens Mèlich M. Patología dual: Situación actual y retos de futuro. Adicciones. 2008;20(4):315-9.
12. Ortiz de Zárate A, Alonso I, Ubis A, Ruiz MÁ. Patología dual. 1a ed. Elsevier, editor. Barcelona; 2010. 150.
13. Di Lorenzo R, Galliani A, Guicciardi A, Landi G, Ferri P. A retrospective analysis focusing on a group of patients with dual diagnosis treated by both mental health and substance use services. Neuropsychiatr Dis Treat. 2014;10:1479-88.
14. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Alcohol abuse or dependence and other psychiatric disorders. Madrid study on the prevalence of dual pathology. Ment Heal Subst Use Dual Diagnosis. 2013;6(4):339-50.
15. Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Iacono WG. Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. J Abnorm Psychol. 2005;114(4):537-50.
16. Miquel L, Roncero C, López-Ortiz C, Casas M. Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. Adicciones. 2011;23(2):165-72.
17. Departament de Salut G de C. La Xarxa de Salut Mental i Addiccions. <http://www.ias.cat/ca/contingut/salutmental/474>.
18. Basurte I, Casas M, Roncero C. Top 5 en patologia dual. Com científico la SEPD. 2012.
19. Sterling S, Chi F, Hinman A. Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. Alcohol Res Health [Internet]. 2011;33(4):338-49. Disponible a: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3625993&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

20. Madoz-Gúrpide A, García Vicent V, Luque Fuentes E, Ochoa Mangado E. Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patologia dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*. 2013;25(4):300-8.
21. Padwa H, Larkins S, Crevecouer-MacPhail DA, Grella CE. NIH Public Access. *J Dual Diagn*. 2014;9(2):179-86.
22. Calleja PC. Trastornos Y Problemas Relacionados Con Salud Mental: Alcoholismo y drogodependencias. *Enfermería 21*. 2012;290-304.
23. Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prision. Guía: Atención y Tratamientos en prisión por el uso de drogas. 2012.
24. Navarro CM, Vázquez P, Gutiérrez JA. Intoxicaciones por drogas ilegales. 2008; Disponible a: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/CMiguez.pdf>
25. Martín del Moral M, Lorenzo Fernández P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Drogodependencias*. 2009;1-26.
26. Martín C, Hernández F. Conceptes bàsics sobre drogues. Univ Ramon Llull. 2000.
27. Rebraca L. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*. 6a ed. McGraw Hill, editor. Madrid; 2007. 647.
28. Departament de Salut G de C. Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual. [consultat el 2 desembre 2017]. Disponible a: <http://www.ias.cat/ca/contingut/salutmental/493>.
29. Julià UPHM i. Protocol de funcionament (DPO's 2016, nova revisió). Salt (Girona); 2016.
30. Bardin L. *Análisis de contenido*. Akal Edici. Madrid; 1996. 296.
31. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51.

32. Vázquez F. El análisis de contenido temático. 1996;47-70.
33. Taylor S, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós, editor. 2000.
34. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Sage, editor. London. 1990.

10. ANNEXES

ANNEX 1: PLANTILLA QUADERN DE RECOLLIDA DE DADES

Número d'usuari:

Data ingrés:

Motiu d'ingrés:

Edat:

Sexe:

- Dona
- Home

Tipus d'ingrés:

- Voluntari
- Involuntari

Diagnòstics mèdics psiquiàtrics:

Número d'ingressos:

- Primer ingrés
- Segon ingrés
- Més de 2 ingressos

Estat civil:

- Solter/a

- Casat/da
- Divorciat/da
- Vidu/a

Nivell d'estudis:

- Educació preescolar
- Educació primària
- Educació secundària
- Ensenyament postsecundari no superior
- Educació superior

Ocupació:

Nombre de fills:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 o <

Comparteix habitatge:

- Sí. Amb qui?
- No

Tipus de consum:

- Alcohol
- Cànnabis

- Cocaïna
- Heroïna
- Èxtasi
- Amfetamines
- Bolets al·lucinògens
- Ketamina
- LSD
- Psicofàrmacs
- Inhalants
- Spice i altres cannabinoides sintètics

Simptomatologia psiquiàtrica a l'ingrés:

Tractament habitual:

ANNEX 2: GUIÓ ENTREVISTA

- A. Creia necessari l'ingrés a la unitat de Patologia Dual abans de ser ingressat? Ara creu que és necessari?
- B. Abans d'ingressar a la unitat de Patologia Dual creia que aquesta estada el podria ajudar? Ara creu que t'està ajudant?
- C. Creu que el consum de tòxics perjudica la seva salut física? Com? Abans de l'ingrés també ho creia?
- D. Se sent recolzat pel seu entorn?
- E. Creu que la seva estada a la unitat està essent profitosa? Abans pensava el mateix?
- F. Ha pensat com pot evitar la recaiguda en el consum si sorgeix una situació que el fomenti?
- G. Sap a on i a qui demanar ajuda si té la intenció de tornar a consumir o recau en el consum?
- H. Creu que tornarà a consumir a curt o mig termini?

ANNEX 3: CERTIFICAT D'APROVACIÓ DEL CEI GIRONA



Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta

Avinguda de França s/n
17007 Girona
Telèfon 972 940 200
www.gencat.net/ici/trueta

Marta Riera Juncà, Secretària del Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, amb domicili a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Avinguda de França s/n 17007 Girona

CERTIFICA

Que el Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, segons consta en l'acta de la reunió celebrada el dia 24/04/2018 ha avaluat el projecte: **Anàlisi de la consciència del perjudici del consum de tòxics en l'evolució de la patologia psiquiàtrica dels usuaris amb patologia dual: aproximació qualitativa. Cod TFG ACCPD**, amb la Sra. LAIA JORDI CALIZ com a investigadora principal.

Que els documents s'ajusten a les normes ètiques essencials i per tant, ha decidit la seva aprovació.

I, perquè consti, expedixo aquest certificat.

Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta
C/ França s/n
17007 Girona
Institut Català de la Salut

Girona, a 14/05/2018

ANNEX 4: FULL INFORMATIU I CONSENTIMENT INFORMAT PARTICIPANTS



FULL D'INFORMACIÓ

TÍTOL DE L'ESTUDI: Anàlisi de la consciència del perjudici del consum de tòxics en l'evolució de la patologia psiquiàtrica dels usuaris amb patologia dual: aproximació qualitativa.

INVESTIGADORS PRINCIPALS: Laia Jordi i Cáliz, estudiant de 4t del grau d'infermeria a la Universitat de Girona.

PROMOTOR: Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual del Parc Hospitalari Martí i Julià.

INTRODUCCIÓ

Ens dirigim a vostè para informar-lo sobre un estudi de recerca en el que se'l convida a participar. L'estudi ha estat aprovat pel Comitè Ètic d' Investigació Clínica CEIC GIRONA d'acord amb la legislació vigent

La nostra intenció és que vostè rebi la informació correcta i suficient per tal que pugui avaluar si vol o no participar en aquest estudi. Per això llegeixi aquest full informatiu amb atenció i nosaltres li aclarirem els dubtes que li puguin sorgir després de l'explicació. A més, pot consultar amb les persones que consideri oportú.



Participació voluntària

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment, sense que això produeixi cap perjudici en el seu tractament.

Descripció de l' estudi

L'estudi es tracta d'una aproximació qualitativa i l'àmbit d'aquest serà la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual de psiquiatria del Parc Hospitalari Martí i Julià.

El nombre aproximat de la mostra serà 7 i se seleccionarà mitjançant un mostreig consecutiu.

La informació necessària de cada usuari que decideixi voluntàriament entrar a l'estudi s'obtindrà de l'informe mèdic i la història clínica. També es realitzarà una entrevista de caire semiestructurat durant el seu ingrés a la unitat, amb el previ consentiment informat firmat. L'entrevista serà enregistrada amb el permís de l'usuari.

Posteriorment s'analitzaran les dades de les entrevistes i es redactaran els resultats i les conclusions.

OBJECTIU

Analitzar la consciència del perjudici del consum de tòxics en l'evolució del trastorn psiquiàtric abans de l'ingrés i en el moment de compensació de la malaltia durant l'estada dels usuaris de la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual de l'IAS.



CONFIDENCIALITAT

El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal de tots els participants s'ajustarà a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal. D'acord al que estableix la legislació mencionada, vostè pot exercir els drets d'accés, modificació, oposició i cancel·lació de dades, per això s'ha de dirigir a l'investigador de l'estudi. Les dades recollides per l'estudi estaran identificades mitjançant un codi.

Només es transmetran a tercers i a altres països les dades recollides per l'estudi que en cap cas contindran informació que el pugui identificar directament, com nom i cognoms, adreça, nº de la seguretat social, etc. En el cas de que es produeixi aquesta cessió, serà pels mateixos fins de l'estudi descrit i garantint la confidencialitat com a mínim amb el nivell de protecció de la legislació vigent en el nostre país.

L'accés a la seva informació personal quedarà restringit a l'investigador/col·laboradors, autoritats sanitàries, al Comitè Ètic d' Investigació Clínica i personal autoritzat pel promotor, quan ho precisin per comprovar les dades i procediments de l'estudi, però sempre mantenint la confidencialitat d'acord a la legislació vigent.

Si vostè decideix retirar el consentiment per participar en aquest estudi, cap dada nova serà afegida a la base de dades i, pot exigir la destrucció de totes les mostres identificables prèviament retingudes per evitar la realització de nous anàlisis.



CONTACTE AMB L' INVESTIGADOR

Per qualsevol dubte o informació addicional que precisi, o sobre els seus drets com a participant en un estudi, ha de contactar amb l'investigador.



Consentiment informat

Anàlisi de la consciència del perjudici del consum de tòxics en l'evolució de la patologia psiquiàtrica dels usuaris amb patologia dual: aproximació qualitativa

LAIA JORDI I CÁLIZ

Sr./Sra. _____ amb DNI _____, manifesta que ha estat informat/da sobre l'estudi, ha entès la informació explicada i ha pogut fer preguntes a la investigadora. També podrà sol·licitar informació quan ho desitgi.

Se li ha explicat que la participació és voluntària i que pot retirar-se de l'estudi sempre que vulgui i sense cap tipus de conseqüència.

Les dades de la seva participació seran totalment confidencials i en cap cas el seu nom apareixerà a la publicació dels resultats.

I accepto que la investigadora consulti la meua història clínica.

També accepto i dono el meu consentiment per enregistrar amb una gravadora les entrevistes que requereix l'estudi:

Sí dono el meu consentiment.

No dono el meu consentiment.

Amb tot, dono lliurement la conformitat de la meua participació a l'estudi.

Data: _____ Signatura participant:

Data: _____ Signatura investigador:



HOJA INFORMATIVA

TÍTULO DEL ESTUDIO: Anàlisis de la consciència del perjudici del consumo de tóxicos en la evolución de la patología psiquiátrica de los usuarios con patología dual: aproximación cualitativa

INVESTIGADORES PRINCIPALES: Laia Jordi i Cáliz, estudiante de 4º del grado de enfermería en la Universitat de Girona.

PROMOTOR: Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual del Parc Hospitalari Martí i Julià.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comitè Ètic d'Investigació Clínica CEIC Girona de acuerdo con la legislación vigente.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta i suficiente para que pueda evaluar si quiere o no participar en este estudio. Por eso lea esta hoja informativa con atención y nosotros aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportunas.

Participación voluntaria

Tiene que saber que su participación es voluntaria en este estudio i que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que eso le produzca ningún perjuicio en su tratamiento.



Descripción del estudio

El estudio se trata de una aproximación cualitativa i el àmbit de este será la Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual de psiquiatria del Parc Hospitalari Martí i Julià.

El nombre aproximado de la muestra será 7 y se seleccionara mediante un muestreo consecutivo.

La información necesaria de cada usuario que decida voluntariamente entrar en el estudio se obtendrá del informe médico y la historia clínica. También se realizará una entrevista semiestructurada durante su ingreso en la unidad, con el previo consentimiento informado firmado. La entrevista será registrada con el permiso del usuario.

Posteriormente se analizaran los datos de las entrevistas y se redactaran los resultados y conclusiones.

OBJETIVO

Analizar la conciencia del perjuicio del consumo de tóxicos en la evolución del trastorno psiquiátrico antes del ingreso y en el momento de compensación de la enfermedad durante la estancia de los usuarios de la Unidad de Desintoxicación y Patología Dual del IAS.



CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo establecido en la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, por eso se ha al investigador del estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificadas mediante un código.

Sólo se transmitirán a terceros y en otros países los datos recogidos por el estudio que en ningún caso contendrán información que pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será por los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador/ colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de acuerdo a la legislación vigente.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente retenidas para evitar la realización de nuevos análisis.



CONTACTO CON EL INVESTIGADOR

Para cualquier duda o información adicional que precise, o sobre sus derechos como participante en el estudio, debe contactar con el investigador.

Consentimiento informado

Anàlisi de la consciència del perjudici del consum de tòxics en la evolució de la patologia psiquiàtrica de los usuarios con patologia dual: aproximación cualitativa

LAIA JORDI I CÁLIZ

Sr./Sra. _____, con DNI _____, manifiesta que ha sido informado/da sobre el estudio, y ha entendido la información explicada y ha podido hacer preguntas a la investigadora. También podrá solicitar información cuando lo desee.

Se le ha explicado que la participación es voluntaria y que puede retirarse del estudio siempre que quiera sin ningún tipo de consecuencia.

Los datos de su participación serán totalmente confidenciales y en ningún caso su nombre aparecerá en la publicación de los resultados.

Y acepto que la investigadora consulte mi historia clínica.

También acepto y doy mi consentimiento para registrar con una grabadora las entrevistas que requiere el estudio:

Si doy mi consentimiento.

No doy mi consentimiento.

Con todo, doy libremente la conformidad de mi participación en el estudio.

Data: _____ Firma participante:

Data: _____ Firma investigador:

ANNEX 5: GUIÓ ENTREVISTES

Guió entrevista a l'ingrés:

- A. Creu necessari l'ingrés a la unitat de Patologia Dual?
- B. Pensa que el/la pot ajudar l'ingrés a la unitat de Patologia Dual?
- C. Creu que el consum de tòxics li perjudica la salut física? Com?
- D. Creu que el consum de tòxics li perjudica l'evolució de la seva malaltia?
- E. Té la intenció de deixar de consumir?
- F. Se sent recolzat pel seu entorn quan té problemes de salut?
- G. Creu que la seva estada a la unitat serà profitosa?

Entrevista a l'alta:

- A. Creu que era necessari l'ingrés a la unitat de Patologia Dual?
- B. Pensa que la seva estada a la unitat l'ha ajudat?
- C. Creu que el consum de tòxics perjudica la seva salut física? Com?
- D. Creu que el consum de tòxics perjudica l'evolució de la seva malaltia?
- E. Creu que tornarà a consumir a curt o mig termini?
- F. Ha pensat com pot evitar la recaiguda en el consum si sorgeix una situació que el fomenti?
- G. Sap a on demanar ajuda si té la intenció de tornar a consumir o recau en el consum?

ANNEX 6: TAULA PER COMPARAR PREGUNTES DE LES ENTREVISTES

Preguntes entrevista a l'ingrés	Preguntes entrevista a l'alta
<ul style="list-style-type: none"> - Creu necessari l'ingrés a la unitat de Patologia Dual? 	<ul style="list-style-type: none"> - Creu que era necessari l'ingrés a la unitat de Patologia Dual?
<ul style="list-style-type: none"> - Pensa que el/la pot ajudar l'ingrés a la unitat de Patologia Dual? 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensa que la seva estada a la unitat l'ha ajudat?
<ul style="list-style-type: none"> - Creu que el consum de tòxics perjudica la seva salut física? Com? 	<ul style="list-style-type: none"> - Creu que el consum de tòxics perjudica la seva salut física? Com?
<ul style="list-style-type: none"> - Creu que el consum de tòxics perjudica l'evolució de la seva malaltia? 	<ul style="list-style-type: none"> - Creu que el consum de tòxics perjudica l'evolució de la seva malaltia?
<ul style="list-style-type: none"> - Té la intenció de deixar de consumir? 	<ul style="list-style-type: none"> - Creu que tornarà a consumir a curt o mig termini?
<ul style="list-style-type: none"> - Se sent recolzat pel seu entorn quan té problemes de salut? 	
<ul style="list-style-type: none"> - Creu que la seva estada a la unitat serà profitosa? 	<ul style="list-style-type: none"> - Ha pensat com pot evitar la recaiguda en el consum sis sorgeix una situació que el fomenti? - Sap a on demanar ajuda si té la intenció de tornar a consumir o recau en el consum?

