

***Universidad de Zaragoza***  
***Facultad de Ciencias de la Salud***

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2014/2018

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**“INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PATOLOGÍA DUAL:  
TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRASTORNO  
POR USO DE SUSTANCIAS”**

**“NURSING INTERVENTION IN DUAL PATHOLOGY: DISORDER OF FOOD  
CONDUCT AND SUBSTANCE USE DISORDER”**

Autor: Ignacio Fortún Lacueva

Director: José Manuel Granada López

## Índice:

<a href="#">Resumen:</a>	2
<a href="#">Abstract:</a>	3
<a href="#">1. Introducción</a>	4
<a href="#">1.1 TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS</a>	4
<a href="#">1.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</a>	4
<a href="#">1.3 EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA</a>	6
<a href="#">1.4 PATOLOGÍA DUAL</a>	6
<a href="#">1.5 TRATAMIENTO DUAL</a>	7
<a href="#">1.6 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PATOLOGÍA DUAL</a>	7
<a href="#">2. Objetivos</a>	9
<a href="#">3. Metodología</a>	10
<a href="#">3.1 Tipología</a>	10
<a href="#">3.2 Búsqueda Bibliográfica</a>	10
<a href="#">3.3 Contexto de estudio</a>	11
<a href="#">3.4 Población de estudio</a>	12
<a href="#">3.5 Herramientas-Instrumentos: MODELO PRECEDE</a>	12
<a href="#">4. Desarrollo</a>	14
<a href="#">4.1 EVALUACION INICIAL</a>	14
<a href="#">4.2 DESARROLLO SESIÓN I</a>	15
<a href="#">4.3 DESARROLLO SESIÓN II</a>	17
<a href="#">4.4 DESARROLLO SESION III</a>	18
<a href="#">4.5 DESARROLLO SESION IV</a>	20
<a href="#">4.6 EVALUACIÓN FINAL</a>	21
<a href="#">5. Conclusiones</a>	22
<a href="#">6. Aspectos éticos</a>	23
<a href="#">7. Anexos</a>	24
<a href="#">7.1 ANEXO 1</a>	24
<a href="#">7.2 ANEXO 2</a>	25
<a href="#">8. BIBLIOGRAFIA</a>	26

## **Resumen:**

### **Introducción:**

El trastorno de conducta alimenticia (TCA) se caracteriza por tener una actitud disfuncional hacia la comida, la alimentación y la imagen corporal. El trastorno de uso de sustancias (TUS) se caracteriza por un consumo importante de alcohol o sustancias tóxicas. Se muestra una clara relación entre TCA y abuso de sustancias en personas que tienen una de las dos patologías de base y la dificultad de cumplir el tratamiento pautado a estos pacientes.

### **Objetivo:**

Realizar intervenciones enfermeras efectivas, mediante una serie de sesiones educativas, para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados de esta patología dual que se llevará a cabo en el Hospital de día del Hospital Universitario Miguel Servet.

### **Metodología:**

La metodología utilizada ha sido un programa de educación para la salud, siguiendo el método PRECEDE para el diagnóstico educacional. La finalidad de este trabajo es realizar intervenciones enfermeras efectivas mediante una serie de sesiones educativas, para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes que sufren esta enfermedad.

### **Palabras clave:**

Trastorno conducta alimentaria, Trastorno abuso de sustancias, abuso de sustancias, patología dual, comorbilidad, emociones.

## **Abstract:**

### **Introduction:**

Eating behavior disorder (ED) is characterized by a dysfunctional attitude towards food, nutrition and body image. Substance abuse disorder (SAD) is characterized by significant consumption of alcohol or toxic substances. A clear relationship between TCA and substance abuse is shown in people who have one of the two basic pathologies and the difficulty in complying with the treatment prescribed to these patients.

### **Objective:**

Perform effective nursing interventions, through a series of educational sessions, to improve the adherence to treatment of patients diagnosed with this dual pathology that will be carried out in the Daily Hospital of the Miguel Servet University Hospital.

### **Methodology:**

Methodology used is about of health education program, following the PRECEDE method for educational diagnosis. The purpose of this work is to perform effective nursing interventions through a series of educational sessions, to improve the adherence to treatment of patients suffering from this disease.

### **Key Words:**

Substance abuse disorder, eating disorders, Substance abuse, dual pathology, comorbidity, emotions.

# **1. Introducción**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), definidos por una actitud irracional en relación con la comida, y el trastorno por el uso de sustancias (TUS), identificado como el consumo excesivo y perjudicial de sustancias tóxicas y alcohol, son dos trastornos que frecuentemente coexisten y causan serios problemas de salud. Cuando esto ocurre, la evaluación, tratamiento y recuperación son más complicados de alcanzar (1)

Estudios recientes dejan claro que una personalidad específica con rasgos como la impulsividad, baja autoestima y necesidad de búsqueda de sensaciones va muy relacionada con el TCA, TUS o ambas al mismo tiempo. (2)-

## **1.1 TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS**

El consumo de drogas es uno de los problemas graves que afecta a nuestra sociedad. En los años ochenta, la droga más consumida era la heroína. En la actualidad su consumo ha disminuido, pero han aparecido nuevas drogas, denominadas de síntesis. El tabaco y alcohol siguen siendo las sustancias tóxicas más consumidas; el cannabis y derivados lo son de las drogas ilegales, y entre la población juvenil ha aumentado el consumo de cocaína. (3)

Sustancias como la cafeína, tabaco, insulina, medicamentos para la tiroides, laxantes, diuréticos, pueden ser utilizadas para la pérdida de peso. El alcohol y las drogas psicoactivas podrían ser usadas para la regulación emocional o como parte de un patrón de comportamiento impulsivo. (4)

## **1.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Los trastornos de conducta alimentaria son unos trastornos psiquiátricos muy complejos, en los que existen muchos motivos detrás de su aparición.

Los factores determinantes de la aparición del TCA se relacionan directamente con la fragilidad y la vulnerabilidad del individuo para caer en las redes del grupo al que pertenece o los mensajes mediáticos lanzados continuamente. (5)

Están caracterizados por una actitud disfuncional hacia la comida, alimentación e imagen corporal. Tanto en los TCA como en los TUS, existe un comportamiento compulsivo y pérdida de autocontrol. (6)

Piran et al (7) analizan la relación entre TCA y TUS encuentran que es más frecuente el abuso de sustancias cuando el nivel de gravedad del TCA es alto, y que en los trastornos por atracón es frecuente el abuso de alcohol.

## **TIPOS:**

Anorexia nerviosa (AN): La principal característica de la AN es el extremo deseo por estar delgado. El principal indicador es el IMC  $<17.15$  mg/dl, de acuerdo con los criterios DSM-IV. Subtipos de AN:

- Restriictiva: Gran restricción de ingesta y excesivo ejercicio físico-
- Atracones/purgas: Gran restricción de ingesta, unido a episodios de atracones seguidos de purgas. (8)

La bulimia nerviosa (BN) está caracterizada por episodios de atracones seguidos de purgas, abusos de laxantes y diuréticos, uso de enemas y ejercicio físico en exceso. Subtipos de BN:

- Bulimia nerviosa común: (descrita anteriormente)
- Bulimia no purgativa: usan otros comportamientos compensatorios diferentes de purgas (ejercicio físico, ayuno...)

Las consecuencias médicas incluyen deficiencias nutricionales, irregularidad menstrual y problemas del sistema reproductivo. (4)

### **1.3 EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA**

Un reciente estudio epidemiológico indica que alrededor del 50% de los pacientes con TCA abusan del alcohol y de otras drogas ilegales (cocaína y anfetaminas principalmente). En cambio, el 35% de los pacientes con TAS acaban padeciendo un TCA, (9,10) siendo la edad media de aparición del TCA entre los 8 y 21 años

Los factores etiológicos involucrados en esta patología dual incluyen factores de riesgo biológicos, personales, ambientales y sociales (11). La adolescencia se asocia con una mayor susceptibilidad de presiones socioculturales hacia la delgadez y abuso de sustancias (12). Siendo la edad aproximada de aparición de la patología dual entre los 16 y 22 años (13).

Las secuelas más importantes de esta enfermedad incluyen patologías médicas graves y tasas de suicidio muy altas (14,15).

### **1.4 PATOLOGÍA DUAL**

El término de "patología dual" como tal no está definido por el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) ni por la CIE (Clasificación internacional de enfermedades y lesiones), pero sí por los profesionales que tratan este trastorno. (16-19)

Inicialmente descrita por el psiquiatra inglés Stowell en 1992, en términos de salud mental, y se usa para referirse a personas que conviven con una adicción y trastorno psiquiátrico simultáneo.

La razón principal por la que pacientes con TCA inician el abuso a sustancias estimulantes es por su efecto adelgazante o por cambiar estados emocionales (20-23). La evidencia reciente sugiere que el riesgo de consumo de drogas ilegales es más fuerte entre pacientes con trastornos por atracón y purga. Del mismo modo, varios de estos estudios han documentado tasas más altas de consumo de estimulantes entre personas con BN, en relación con personas con AN (24).

En cuanto a la relación entre TCA y TUS, *Gadalla et al* (25), descubrieron que mujeres que padecían TCA o TUS tenían cuatro veces más posibilidades de padecer el otro trastorno. Mujeres en tratamiento para TCA afirman haber abusado de drogas y alcohol, y de la misma manera mujeres en tratamiento de desintoxicación por drogas inician un TCA y conducta compensatoria, así como la preocupación excesiva por la comida y autoimagen. (24, 26-28)

*Franko et al*, mostrando asociación entre TCA y aumento probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo. (29)

### **1.5 TRATAMIENTO DUAL**

*Gregorowski et al*, (4) apuntan que el tratamiento ideal para estos pacientes duales sería un programa que integrara las dos patologías. A pesar de la teoría, actualmente en la práctica clínica no existen programas integradores de las dos patologías, y no hay investigaciones sobre la mejor forma de proporcionar el tratamiento simultáneo de ambos trastornos. (30-32)

A causa de esta escasez de programas integradores, se ha establecido que la mejor forma de llevar a cabo el tratamiento secuencial es erradicar primero el TUS, ya que un paciente con un TAS en fase activa, es menos factible su integración y participación en programas para TCA. Las características comunes a través de las intervenciones terapéuticas contienen psicoeducación en los puntos etiológicos, riesgos y secuelas (4).

Las decisiones de este tratamiento de para este tipo de pacientes requiere de la participación en conjunto del paciente, familiares y psiquiatras expertos (33)

### **1.6 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PATOLOGÍA DUAL**

Para un tratamiento óptimo a las personas con patología dual se hace imprescindible el trabajo en equipo desde un punto de vista multidisciplinar.

En este sentido, el paciente dual requiere una atención específica e integral por parte del equipo de enfermería. (34, 35)

La implantación generalizada en los dispositivos asistenciales de planes de cuidados y de programas de intervención, proporciona una metodología estandarizada para proporcionar cuidados. Como condición intrínseca a esta metodología, dicha estandarización de cuidados debe ser dinámica y flexible, en función de las necesidades. La planificación y el abordaje integral, proporciona a enfermería un papel importante en la ejecución y toma de decisiones. (35) Sus funciones se centran en la valoración holística, emisión de diagnósticos, planificación de cuidados, ejecución y evaluación continua. (36)

Este proyecto de intervención educativo se centra en el estado actual de la patología dual y en la posición de la figura del profesional enfermero. El papel de enfermería en el tratamiento de estos pacientes es esencial, por su ubicación y cualidades, siendo quién más contacto tiene con el paciente (37). Por ello, se diseña este proyecto educativo, ante la necesidad actual de crear una relación terapéutica con el paciente y entorno, basándose en la confianza y visión holística que promueva la adhesión al tratamiento y favorezca el objetivo terapéutico.

## **2. Objetivos**

### **OBJETIVO PRINCIPAL:**

Realizar intervenciones enfermeras efectivas, mediante una serie de sesiones educativas, para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes con trastorno dual TCA y TUS.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar factores asociados al uso de sustancias en pacientes con TCA.
- Describir la relación entre TCA y abuso de sustancias.
- Evaluar la eficacia del tratamiento proporcionado a estos pacientes.
- Proponer intervenciones enfermeras eficaces para mejorar la adherencia al tratamiento en esta patología dual.

## 3. Metodología

### 3.1 Tipología

Se diseña un proyecto de intervención educativa, liderado por enfermeras para mejorar la adherencia al tratamiento en patología dual TCA y TUS.

### 3.2 Búsqueda Bibliográfica

Inicialmente el trabajo se ha basado en ciertas preguntas que han motivado su puesta en marcha:

¿A qué grupo de personas afecta?

¿Se da con frecuencia?

¿Existe relación directa entre TCA y TUS?

¿Cómo podemos mejorar la calidad de vida?

¿Un programa educativo específico podría mejorar la práctica profesional?

Tras indagar en ellas se planteó una pregunta de investigación basada en la estrategia de estructura **PICO**, que llevó a la posterior búsqueda bibliográfica:

- P (Paciente) Paciente a quien va dirigido: Pacientes con patología dual (TAC y/o TAS)
- I (Intervención) Intervención que se realiza: Programa educativo
- C (Intervención de comparación): "No presente"
- O (Objetivo) Resultados que se planean alcanzar: Mejorar adherencia al tratamiento

La metodología para este trabajo se ha basado en la búsqueda de información para la obtención del marco teórico de antecedentes

bibliográficos, que se inicia en febrero de 2018, utilizando bases de datos como PUBMED, COCHRANE, EMBASE Las palabras clave han sido "Trastorno Conducta Alimentaria", "Abuso de sustancias", "Trastorno uso de sustancias", "emoción", "patología dual", "comorbilidad" usando los operadores booleanos "AND", "NOT" y "OR", donde se ha podido consultar algunos artículos en relación con el TCA, el abuso de sustancias o la patología dual. Inicialmente se consultaron todas las bases de datos y se leyeron los resúmenes de los artículos de interés. Tras el cribado inicial de resúmenes, se leyeron a texto completo (full text) aquellos potencialmente relevantes que cumplían los criterios de inclusión.

<b>BASES DE DATOS</b>	<b>ELEGIDOS</b>	<b>SELECCIONADOS</b>
<b>Pubmed</b>	30	26
<b>Cochrane</b>	8	6
<b>Scielo</b>	5	4
<b>Embase</b>	6	4
<b>Libros</b>	10	8
<b>TOTAL</b>	59	48

### **3.3 Contexto de estudio**

Las guías de práctica clínica de NICE 2004 indican que, pacientes con patología dual deben ser tratados en forma ambulatoria o en un hospital de día, durante al menos 6 meses. Representa un espacio alternativo, y/o de transición entre la hospitalización total y Centros de Salud Mental, para la estabilización de los pacientes en crisis, prevención de recaídas o problemas de diagnóstico. (38, 39)

La puesta en marcha del plan de intervención se llevará a cabo en el Hospital de Día del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. Las sesiones serán impartidas por 2 profesionales de enfermería de salud

mental, en horario matutino. Los grupos de trabajo se han compuesto de 10 pacientes, con el objetivo de establecer una relación terapéutica efectiva.

### **3.4 Población de estudio**

Los pacientes potenciales de formar parte del grupo de intervención fueron seleccionados en base a los criterios de inclusión:

- Mayores de edad
- Personas con patología dual diagnosticada
- Consentimiento firmado (ANEXO)
- Pacientes con mala adherencia al tratamiento pautado, potenciales de mejorar con la inclusión en el programa

Durante el ingreso en el hospital de día, se impartirán cuatro sesiones educativas que formarán parte del tratamiento en este centro. Los familiares formarán parte de programa educativo, participando junto al equipo en una de las sesiones.

### **3.5 Herramientas-Instrumentos: MODELO PRECEDE**

Previo a la realización del programa educativo, se propuso realizar un análisis de las necesidades educativas de la población diana y del entorno donde se realizará la intervención.

Para eso, se revisó la metodología del diagnóstico educacional a través de la identificación de los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores recogidos de la fase 4 del modelo PRECEDE-PROCEED (PP), creado por Lawrence Green y Marshall Kreuter (1991), otro modelo de intervención dentro del enfoque conductual de EPS que consta de 5 fases diagnósticas y etapas de planificación.

Precede es un acrónimo inglés que significa Predisposing (predisposición), Reinforcing (reforzamiento), Enabling (habilitación), Causes (causas), Education (educación), Diagnosis (diagnóstico) y Evaluation (evaluación). Este modelo es una herramienta que facilita la elaboración de un amplio

diagnóstico comunitario en cuanto que aborda múltiples determinantes de la salud e implica la participación de la población. (40)

El modelo PRECEDE-PROCEED toma en cuenta múltiples factores que determinan la salud humana, bienestar social y calidad de vida. Ayuda al planificador a identificar una serie de factores focalizables para el éxito de una intervención. La fase 4 del modelo PP se refiere a la investigación dirigida hacia la identificación de causas de un comportamiento mal adaptado de la salud mediante el análisis de diversos factores. Se pretende conocer al grupo al que va dirigido la acción del programa EPS. (41)

Dicha fase es la evaluación educacional y ecológica, identificado los siguientes factores:

#### 1. Factores predisponentes

Antecedes a la conducta y proveen aspectos racionales o motivacionales para realizarla. Son factores interiores de la persona (conocimientos, actitudes, percepciones, experiencias...etc), por lo que son siempre subjetivos.

#### 2. Factores facilitadores

Son condiciones de vida que actúan como barreras a la acción. Son de naturaleza ambiental e interfieren en la acción. Son objetivos.

#### 3. Factores reforzadores

Son la consecuencia de la acción que determina si la persona recibe un feedback positivo o negativo y si ese feedback es apoyado socialmente después de ocurrir. Por tanto, son factores posteriores a la conducta. Son las acciones de otras personas como profesionales de salud, profesores, familiares. (42)

Con la realización de la fase 4 del modelo PP, se pretende instaurar el diagnóstico educacional, de donde parten los objetivos y que tienen un impacto importante en el comportamiento del paciente.

## 4. Desarrollo

### **Métodos y planificación:**

El programa educativo constará de 4 sesiones de 2 horas aproximadamente. La estructura será la siguiente:

- Objetivos
- Contenidos de la sesión
- Metodología de trabajo
- Recursos materiales y humanos necesarios
- Coste aproximado
- Evaluación de cada sesión

#### **4.1 EVALUACION INICIAL**

Se realizará una evaluación pre y post de cada paciente, para ello se usará un cuestionario previamente elaborado por el personal enfermero constituyente del grupo de intervención educativa.

Antes del inicio del bloque se repartirá el "cuestionario pre" de respuesta simple, que evaluará y analizará la situación actual de los pacientes, con la finalidad de verificar la evolución al final del programa educativo. Para ello se realizará una entrevista cualitativa individual semiestructurada y se repartirá el Posteriormente, previo al inicio de cada sesión se realizará una puesta en común acerca de lo citado hasta dicha fecha.

<b>SESIÓN</b>	<b>DÍA</b>	<b>HORA</b>
1	Primer lunes del mes	10-12h
2	Primer lunes del siguiente mes	10-12h
3	Primer lunes del siguiente mes	9-11h
4	Primer lunes del siguiente mes	10-12.15h

El programa educativo se ha estructurado y desarrollado en base a la metodología y taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC, de modo que cada sesión se basa en un Diagnóstico Enfermero (NANDA) (43), con la consecución de un Objetivo Enfermero (NOC) (44), apoyado por la puesta en marcha de unas Intervenciones Enfermeras (NIC) (45).

Posteriormente, tras este enfoque metodológico enfermero, se desarrolla la sesión estructurada en los apartados anteriormente citados.

## 4.2 DESARROLLO SESIÓN I

<p><b>Sesión 1</b></p> <p><b>NANDA: (000162) Disposición para mejorar la gestión de la propia salud, relacionado con deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad, manifestado por ingreso voluntario en el hospital de día.</b></p>	
<p><b>NOC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.</li> <li>- 1808 Conocimiento de la medicación</li> </ul>	<p><b>NIC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5602 Enseñanza: proceso enfermedad.</li> <li>- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.</li> <li>- 4420 Acuerdo con el paciente</li> <li>- 7400 Guías del Sistema Sanitario</li> </ul>

**Sesión número:** I. Cumplir el inicio del tratamiento. **Fecha** Primer lunes del mes.

**Objetivo específico:**

- Al final de esta sesión, los pacientes sabrán explicar las normas principales que han de cumplirse durante el ingreso en hospital de día, así como también los riesgos a los cuales se exponen si no los cumplen.
- Los pacientes reconocerán las Condiciones Mínimas y Complementarias que han de cumplirse para el inicio del tratamiento de una Persona con Patología Dual con garantías de éxito.

<b>Temporalización</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Métodos educativos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Coste</b>
10-12H: Información teórica de los contenidos Preguntas	Condiciones mínimas, complementarias y normativa del hospital	- Métodos directos: Clase formal Charla grupal  - Métodos indirectos:  PowerPoint  Libreta informativa	- Humanos: Dos enfermeras  - Materiales: Proyector  20 libretas con la normativa, una para cada paciente	- Humano: ~€  - Material: Proyector: ~€  Libros: ~€

**(\*) Condiciones Mínimas:**

- Mantenimiento de la abstinencia: importante para garantizar una mínima calidad de la convivencia.
- Estabilización psicopatológica: fundamental para realizar un tratamiento clínico y rehabilitador.
- Adherencia mínima a los tratamientos: partiendo de que los pacientes incluidos en el grupo presentan una mala adherencia al tratamiento, se requiere al menos una adherencia mínima, es decir, no un abandono total del tratamiento

**(\*) Condiciones Complementarias:**

- Conciencia suficiente del problema para reconocer necesidad de tratamiento.
- Necesidad de tratamiento / deseo de cambio: se perfila como un indicador básico de pronóstico.
- Voluntariedad de la demanda: que el paciente realice por sí mismo la demanda de tratamiento es una condición deseable y óptima. Solo así se conseguirá un compromiso óptimo con el proceso terapéutico.

**(\*) Normativa básica del hospital de día:**

- Acudir a todas las citas le indiquen los profesionales, junto con un seguimiento detallado de la pauta de medicación.
- Desayuno y almuerzo en el hospital de día sin excepción alguna.
- Se pedirá al paciente el registro diario de la ingesta, abuso de laxantes y uso de diuréticos, atracones y vómitos autoinducidos; se le prohibirá pesarse y se procederá al registro semanal del peso en el hospital de día.
- Cese del consumo de sustancias.

- Respeto de las condiciones y normas básicas de convivencia y de los horarios.

### 4.3 DESARROLLO SESIÓN II

#### Sesión 2

#### NANDA:

- **(00080) Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar** *relacionado con* conflictos familiares *y manifestado por* actividades familiares inapropiadas para alcanzar los objetivos de salud.
- **(00063) Procesos familiares disfuncionales** *relacionado con* abuso de sustancias *y habilidades de afrontamiento inadecuadas manifestado por* falta de afrontamiento de los conflictos

#### NOC:

- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico
- 2602 Funcionamiento de la familia
- 2605 Participación familia en la asistencia profesional
- 2600 Superación de problemas de la familia

#### NIC:

- 5602 Enseñanza: proceso enfermedad
- 5618 Enseñanza: procedimiento / tratamiento
- 7110 Fomento de la implicación familiar
- 7400 Guías del sistema sanitario
- 7140 Apoyo a la familia
- 5240 Asesoramiento
- 7100 Estimulación integridad familiar
- 7200 Fomento normalización familiar
- 7130 Mantenimiento procesos familiares
- 7150 Terapia familiar

**Sesión número:** II. Terapia familiar. Sesión mixta. **Fecha** Primer lunes del mes siguiente.

<b>Objetivo específico:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al final de esta sesión, los familiares y pacientes sabrán valorar la importancia de un apoyo familiar adecuado.</li> <li>- Los pacientes y sus familiares serán capaces de cumplir los elementos y condiciones pactados en la sesión.</li> </ul>				
<b>Temporalización</b>	<b>Contenidos (*)</b>	<b>Métodos educativos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Coste</b>
10-12h Charla con familiares y pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Importancia de apoyo familiar adecuado</li> <li>-Estrategias de regulación convivencial.</li> <li>-Pacto y compromiso de ambas partes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Métodos directos:</li> <li>1. Entrevista a los familiares sobre su situación</li> <li>2. Enseñanza práctica. Búsqueda de pactos y refuerzos positivos</li> <li>- Métodos indirectos: No hay</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humanos: Dos enfermeras</li> <li>- Materiales: No hay</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humano: 40€</li> <li>- Material: No hay</li> </ul>

(\*) Importancia del apoyo familiar adecuado: Indicador de buen pronóstico.

(\*) Estrategias de regulación convivencial: Se realizará a través de la negociación, con cierta parte impositiva por parte del profesional.

#### 4.4 DESARROLLO SESION III

##### **Sesión 3**

**NANDA (00119) Baja autoestima crónica** relacionada con trastorno psiquiátrico, manifestada por conducta no asertiva.

##### **NOC**

- 1204 Equilibrio emocional.
- 1205 Autoestima.

##### **NIC**

- 5100 Potenciación de la socialización

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>5230</u> Aumentar el afrontamiento.</li> <li>- <u>5270</u> Apoyo emocional.</li> <li>- <u>5340</u> Presencia.</li> <li>- <u>5400</u> Potenciación de la autoestima.</li> <li>- <u>5430</u> Grupo de apoyo.</li> <li>- <u>5440</u> Aumentar los sistemas de apoyo</li> </ul>
--	---

**Sesión número:** III. Rehabilitación psicosocial. Control de las emociones  
**Fecha** Primer lunes del mes siguiente.

**Objetivo específico:**  
 -Al final de esta sesión, los pacientes sabrán explicar la utilidad de las emociones.

Temporalización	Contenidos	Métodos educativos	Recursos	Coste
9-10 Discusión en grupo 10-11 Role Playing 11-14 Visita a Caixa-Fórum	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilidad de emociones</li> <li>-Inteligencia emocional</li> <li>-Relación entre inteligencia emocional – adicción</li> <li>-Expresión emociones</li> </ul>	Métodos directos 1.Grupo de discusión 2.Role-Playing Salida a Caixa-Fórum Zaragoza. Exposición arte contemporáneo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humanos: Dos enfermeras</li> <li>- Materiales: No hay</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humano: 40€</li> <li>- Material: Entradas Museo: 20€ todo el grupo</li> </ul>

En 1990, Peter Salovey y John Mayer, acuñan el término de Inteligencia Emocional (IE), como la capacidad para procesar la información emocional con exactitud y eficacia, incluyéndose la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular emociones, así como la utilización de emociones para planificar y alcanzar objetivos. (46)

Goleman explica que la IE es el conjunto de habilidades que sirven para expresar y controlar sentimientos de manera adecuada en el terreno personal y social. Incluye buen manejo de sentimientos, motivación, empatía o agilidad mental. (47, 48)

#### 4.5 DESARROLLO SESION IV

<p><b>Sesión 4</b>  <b>NANDA (00188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud</b> <i>relacionado con</i> apoyo social inadecuado/agentes estresantes/grado bajo de eficacia personal <i>manifestado por</i> fallo en el logro de una sensación óptima de control de la situación/enfermedad.</p>	
<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1202 Motivación</li> <li>- 1302 Afrontamiento problemas</li> <li>- 1601 Conducta de cumplimiento</li> <li>- 1603 Conducta de búsqueda de salud</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5390 Potenciación conciencia de sí mismo</li> <li>- 4360 Modificación conducta</li> <li>- 4480 Facilitar autorresponsabilidad</li> <li>- 5250 Apoyo toma decisiones</li> <li>- 5270 Apoyo emocional</li> <li>- 6160 Intervención en caso de crisis</li> </ul>

**Sesión número:** IV. Prevención de recaídas. **Fecha** Primer lunes del mes siguiente

**Objetivo específico:**

- Al final de esta sesión, los pacientes sabrán explicar cuáles son los factores de protección y los de riesgo a padecer recaídas.
- Los pacientes sabrán identificar situaciones de riesgo para su enfermedad y sabrán afrontarlas.

Temporalización	Contenidos (*)	Métodos educativos	Recursos	Coste
11-12h Brainstorming y discusión en grupo	- Factores protección	- Métodos directos: 1. Brainstorming	- Humanos: Dos enfermeras	Humano: 40€ Material:

12-13h Charla del paciente experto	- Factores riesgo a recaídas	2.Discusión en grupo 3.Charla del paciente experto  - Métodos indirectos: No hay	Paciente experto - Materiales: No hay	No hay
------------------------------------	------------------------------	--	---	--------

**(\*) Factores de protección** de la enfermedad: Elementos que promueve y garantizan la estabilidad a corto, medio y largo plazo de la situación clínica y psicosocial del paciente. Dichos factores son:

- Adherencia al tratamiento y cumplimiento de actividades.
- Optimización del afrontamiento mediante entrenamiento psicosocial.
- Disponibilidad de un adecuado apoyo familiar, social y profesional.

La ausencia de dichos factores protectores, se perfilan como **factores de riesgo de recaídas**: Agentes que son susceptibles a generar un desequilibrio y que aproximan al paciente a una posición de mayor vulnerabilidad frente a una posible recaída.

#### 4.6 EVALUACIÓN FINAL

Al finalizar las cuatro sesiones se realizará la evaluación final, mediante un "cuestionario post" de respuesta simple donde se contrastará con los resultados del "cuestionario pre". Junto a ello se realizará una discusión grupal, donde cada uno expondrá su propia experiencia.

Se realizará una evaluación tanto a corto plazo (al finalizar el programa) como a largo plazo (a los seis meses). En esta última evaluación el objetivo es verificar la efectividad y el cumplimiento del programa, así como posibles áreas de mejora. Se realizarán mediante una entrevista cualitativa semiestructurada dirigida por los profesionales que han impartido el programa.

## **5. Conclusiones**

La patología dual se perfila como una enfermedad actual en el campo de la salud mental, con prevalencia en aumento en los últimos tiempos. Los profesionales de enfermería debemos tomar conciencia de la importancia de la situación y realizar intervenciones de educación para la salud centradas en el manejo, prevención y tratamiento de esta patología, centrada en el consumo de drogas y trastornos mentales. Para ello resulta clave la creación de programas de intervención educativa liderado por enfermería.

En relación con ello, es imprescindible que los profesionales de enfermería estén formados para el manejo de este perfil de paciente, de forma correcta y adecuada a las necesidades que presenten, por lo que la formación en este campo es esencial para conocer la enfermedad y sus necesidades, y de este modo ofrecer unos cuidados de calidad.

Queda claro que factores como la impulsividad, baja autoestima, la necesidad de búsqueda de sensaciones, la fragilidad y vulnerabilidad del individuo, están relacionados directamente entre ambos trastornos. Estos puntos débiles son la clave donde se debe actuar, y los que se pretenden reforzar con la realización de este programa de intervención

La enfermería, como uno de los pilares fundamentales del tratamiento de los pacientes duales, necesita protocolizar y definir las actividades para este colectivo. La atención y asistencia mediante el desarrollo de un programa de intervención educativo basado en un plan de cuidados enfermero, proporciona una estandarización de estos, así como una posibilidad de continuidad en la asistencia.

Es necesario el fomento en investigación enfermera en el campo de la Patología Dual, así como el desarrollo de nuevas líneas de investigación acerca de las necesidades y cuidados que proporcionen una buena calidad de vida a los pacientes duales. En este sentido, enfermería se perfila como una figura esencial en la valoración y tratamiento de este tipo de pacientes, favoreciendo la adhesión al tratamiento y consecución del objetivo terapéutico.

## **6. Aspectos éticos**

Previo al inicio del estudio, se presentará el proyecto ante el Comité de Ética del Hospital y al Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) para obtener su autorización de puesta en marcha. El estudio sólo se pondrá en marcha una vez obtenido el permiso por parte de los responsables del área.

Para presentar el proyecto al CEICA se presentará la documentación necesaria:

- Solicitud "Evaluación trabajos académicos"
- Proyecto Completo
- Documento de información al paciente y consentimiento informado
- Memoria económica y recursos financieros
- Compromiso de los colaboradores con las buenas prácticas en investigación

De acuerdo con la *"Ley Orgánica 15/1999, de 23 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal"* y *"Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica"*, los participantes recibirán el consentimiento informado, documento que podrán revocar en cualquier momento. Los datos que se recojan serán manipulados de manera totalmente confidencial, garantizando su anonimato. A los pacientes se les hará entrega de una hoja informativa donde irán explicados todos los aspectos relativos al estudio: el propósito, las personas que lo llevarán a cabo, su duración, beneficio y riesgos posibles. Junto a ello se les entregará el consentimiento informado diferido, que debe ser firmado tanto por el paciente implicado como por un familiar de éste, ambos presentes en el mismo momento. (Anexo 1 y 2)

## 7. Anexos

### 7.1 ANEXO 1

#### HOJA INFORMATIVA. PREGUNTAS QUE LE PUEDEN SURGIR

##### 1. ¿QUIÉN HACE EL ESTUDIO?

- ✓ El estudio para el que se les solicita su colaboración es una investigación que se está llevando a cabo en .....
- ✓ Está promovido por...

##### 2. ¿POR QUÉ SE HACE ESTE ESTUDIO?

- ✓ Actualmente, ....

##### 3. ¿CÓMO SE HACE ESTE ESTUDIO?

- ✓ El estudio consiste en ...

##### 4. ¿QUÉ BENEFICIOS PUEDE APORTAR ESTE ESTUDIO?

- ✓ Si se confirman los resultados....

##### 5. ¿ME PUEDE PERJUDICAR ESTE ESTUDIO?

- ✓ Si ustedes deciden aceptar ser incluidos en el estudio, la atención sanitaria que van a recibir es **exactamente la misma**. En ningún momento, el estar fuera del estudio les puede perjudicar su salud.

##### 6. ¿ME PUEDO RETIRAR DEL ESTUDIO UNA VEZ QUE HAYA ACEPTADO?

- ✓ **En cualquier momento, sin que tengan que consultarlo** con el personal que les atiende y, si es su deseo, pueden retirarse del estudio, sin que ello suponga **ninguna modificación** de la atención sanitaria que estén recibiendo en ese momento.

##### 7. ¿MIS DATOS CÓMO VAN A SER MANEJADOS?

- ✓ Toda la información recabada de su caso será utilizada con fines exclusivamente asistenciales y para el estudio de investigación. En ningún momento los datos van a ser difundidos o tratados por personas ajenas al equipo investigador o a su equipo habitual atención sanitaria. Además, el equipo investigador se compromete a mantener en todo momento un tratamiento de sus datos acorde con la legislación vigente en materia de confidencialidad de la información clínica.

##### 8. ¿CUÁNTO DURARÁ EL ESTUDIO?

- ✓ Las previsiones realizadas por el equipo investigador han estimado una duración total del estudio de...

##### 9. ¿Y, CUÁNDO TERMINE EL ESTUDIO, QUÉ PASARÁ?

- ✓ Una vez que finalice el estudio, ustedes continuarán recibiendo la atención que precisen en cada momento, sin que tenga que ver el que hayan decidido participar  
o no.

## 7.2 ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

Yo,.....

He sido informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio **Intervención enfermera en patología dual: Trastorno de Conducta Alimentaria y Trastorno por uso de sustancias.**

- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio, por parte de: .....
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado Intervención enfermera en patología dual: Trastorno de Conducta Alimentaria y Trastorno por uso de sustancias.*

Firma del paciente  
informa

(o representante legal en su caso)

Firma de la persona que

Nombre y apellidos:.....

Fecha: .....

Nombre y apellidos: .....

Fecha: .....

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Marinelli-Casey P, Ang A, Rawson R: Bulimia nervosa among methamphetamine dependent adults: association with outcomes 3 years after treatment. ***Eat Disord*** 2011, 19(3):259-269
2. Krug I, Pinheiro AP, Bulik C, Jiménez-Murcia S, Granero R, Penelo E. Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Feb [cited 2014 Feb 27];63(1):82-7.
3. Aguilera C, Izarra A. Abuso de sustancias tóxicas durante el embarazo. *Med Clínica*. noviembre de 2005;125(18):714-6.
4. Gregorowski C, Seedat S, Jordaan G. A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. 2013 nov 7;13(1):289.
5. Goldbloom DS, Naranjo CA, Bremner KE, Hicks LK. Eating disorders and alcohol abuse in women. *Br J Addict*. 1992;87:913-919
6. Holderness C, Brooks-Gunn J, Warren M. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord*. 1994;16(1):1-34.
7. Piran, N., Robinson, S. R. The association between disordered eating and substance use and abuse in women: A community-based investigation. *Women and Health*, 2011; 44(1), 1-20.
8. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Text. 2000

9. The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. Food for thought: Substance abuse and eating disorders. 2003. Retrieved April 13, 2010.
10. National Ctr on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA): Food for thought: substance abuse and eating disorders. 2003.
11. Harrop EN, Marlatt GA: The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment. *Addict Behav* 2010, 35(5):392–398.
12. Wolfe WL, Maisto SA: The relationship between eating disorders and substance use: moving beyond co-prevalence research. *Clin Psychol Rev* 2000, 20(5):617–631.
13. Gadalla T, Piran N: Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: a national study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* 2007, 15(3):189–203.
14. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, Mitchell JE: Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 2009, 166:1342–1346.
15. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB: Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60(2):179–183.
16. Pérez L, Carralero A, Castro T, Fariñas N, Martí AB, Simón ME. El papel de la enfermería en la patología dual. Madrid: Codem. [Internet]. Available from: [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2- cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8940c6cf-df1b-42d4-afa7- 9e66325e5ad8/aed2c4e3-aa06-437a-80ea-3f0dd62c2b3d/Papel\\_ Enfermeria\\_Patolog%C3%ADa\\_dual.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2- cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8940c6cf-df1b-42d4-afa7- 9e66325e5ad8/aed2c4e3-aa06-437a-80ea-3f0dd62c2b3d/Papel_ Enfermeria_Patolog%C3%ADa_dual.pdf)

17. González AM, Nevado L, González C, González L, Ruiz R, García V. Papel de la enfermería en el tratamiento integrado de la patología dual. Madrid: Codem. [Internet]. Available from: [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/e71e8e0a-4dd8-4460-9461-bd76044609c4/34c2b6a5-906f-40ff-b990dfbc114fcae4/Papel\\_Enfermeria\\_tratamiento\\_patologia\\_dual.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/e71e8e0a-4dd8-4460-9461-bd76044609c4/34c2b6a5-906f-40ff-b990dfbc114fcae4/Papel_Enfermeria_tratamiento_patologia_dual.pdf)

18. Rodríguez-Jiménez R, Aragüés M, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Muñoz A, Bagney A et al. Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. Investigación clínica [Internet]. 2008; 49: 1-8. Available from: <http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA186470671&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=05355133&p=AONE&sw=w&authCount=1&isAnonymousEntry=true>

19. Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones [Internet]. 2008; 20: 315-319. Available from: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255>

20. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. Psychol Bull. 2004;130(1):19-65.21. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. Lancet. 1993;341(8861):1631-5.

22. Bulik CM. Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. J Psychiatry Neurosci. 2005;30(5):335-9.

23. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. Int J Eat Disord. 2002;32(3):253-7

24. Lisa R C, Shelly F G, Gordon S, Killeen T, Jiang H, Zhang Y, et al. Survey of eating disorder symptoms among women in treatment for substance abuse. 2010 may-june;19(3):245-251
25. Gadalla T, Piran N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. Arch Womens Ment Health. 2007;10:133-40.
26. Wolfe WL, Maisto SA. The relationship between eating disorders and substance use: moving beyond co-prevalence research. Clin Psychol Rev. 2000;20:617-31. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00009-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00009-4)
27. Bonfa F, Cabrini S, Avanzi M, Bettinardi O, Spotti R, Uber E. Treatment dropout in drug-addicted women: are eating disorders implicated? Eat Weight Disord. 2008;13:81-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF03327607>
28. Gregorowski C, Seedat S, Jordaan GP. A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. BMC Psychiatry. 2013;13:289-301. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-289>
29. Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo PP, Herzog DB: How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? ***International Journal of Eating Disorders*** 2005, 38(3):200-207
30. Ortiz A et al. Patología dual. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Volumen 1. Barcelona: Elsevier. 2009.
31. Szerman N, Basurte I. Patología dual-conductas adictivas y otros trastornos mentales. Jano: Medicina y Humanidades. 2008: 1720: 57-60.
32. Edward KL, Munro I. Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. Rev. International Journal of Nursing Practice 2009, 15: 74-79. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01731.x

33. Clients with substance use and eating disorders. *Samhsa Advisory*. 2011;10(1).
34. Szerman Bolotner N.; dir.; Roncero Alonso C.; Barral C.; Grau López L.; Esteve O.; Casas Brugué M.; *Patología dual: protocolos de intervención. Esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed. 2010. 11-391e
35. Edward KL, Munro I. Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *Rev. International Journal of Nursing Practice* 2009, 15: 74-79
36. Shives LR. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos*. 6ª edición. Madrid: Mc Graw Hill; 2007
37. Brunette MF, Asher D, Whitley R, Lutz WJ, Wieder BL, Jones AM, et al. Implementation of integrated dual disorders treatment: a qualitative analysis of facilitators and barriers. *Psychiatr Serv*. 2008;59(9):989-95
38. Consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid. *Plan Estratégico de Salud Mental*. 2010-2014;77.
39. Halmi KA: Management of anorexia nervosa in inpatient and partial hospitalisation settings. In *Clinical Manual of Eating Disorders*. Edited by Yager J, Powers PS. Washington: American Psychiatric Publishing Inc; 2007:113-126
40. Green K, Kreuter M. De Lawrence Green y Marshall Kreuter. 1980
41. Blank Me. Artículo El modelo Precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza- aprendizaje en educación y promoción de la salud. 2006;10 (121): 18-25
42. García J, Owen E, Flórez L, Del A, Para MP, Diseño EL. *Psicología y Salud*. 2005;15:135-51

43. NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010
44. Moorhead S, Johnson M, Mass ML Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
45. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
46. SALOVEY, P. y MAYER, J. D. (1990). "Emotional intelligence". *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
47. GOLEMAN, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books. (Trad. Cast. Kairós, 1996).
48. GOLEMAN, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books. (Trad. Cast. Kairós, 1999).