Treball fi de grau:

La relació entre la impulsivitat dels pacients amb TLP i el consum de substàncies

Autor: Sergi Alba Granell

Curs: 2016-2017

Tutora: Gemma Torras Fabregas

FUB Manresa

ÍNDEX

Glossari.....pàg.3

Resum.....pàg.4

Abstract.....pàg.5

1.Introducció i justificació.....pàg.6,7,8

2.Hipotèsis i objectius de l'estudi.....pàg.9

3.Marc teòric.....pàg.10

3.1Epidemiologia.....pàg.10

3.2Etiologia.....pàg.11

3.3Criteris clínics.....pàg.11

3.4Relació entre TLP i TUS.....pàg.12

3.5Importància de la impulsivitat en la relació del TLP i TUS.....pàg.13

3.6Tractament.....pàg.14

4.Metodologia.....pàg.15

4.1.Tipus de disseny.....pàg.15

4.2.Àmbit de l'estudi.....pàg.15,16

4.3.Població i mostreig.....pàg.16,17

4.4.Criteris d'inclusió i exclusió pàg.17

4.5.Descripció de les variables.....pàg.18,19

4.6.Instruments de recollida de dades.....pàg.19,20

4.7.Anàlisi de les dades.....pàg.20

4.8.Consideracions ètiques i legals.....pàg.20,21

4.9.Procediment de l'estudi.....pàg.22

5.Limitacions de l'estudi.....pàg.23

6.Recursos.....pàg.23

7.Cronograma de l'estudi.....pàg.24

8.Aplicabilitat i utilitat pràctica dels resultats.....pàg.25

9.Pla de difusió.....pàg.25

10.Conclusions.....pàg.26

11.Bibliografia.....pàg.27,28,29,30

12.Annexes

Glossari:

TL→ Trastorn límit

TP→ Trastorn de personalitat

TLP→ Trastorn límit de la personalitat

DSM→ Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals

UPD→ Unitat de Patologia Dual

NICE→ National Institute for Health and Care Excellence

TUS→ Trastorn ús de substàncies

NESARC→ National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

CatSalut→ Servei Català de la Salut

CAS→ Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències

CSMA→ Centre de salut mental d'adults

ESCON→ Escala de consum de tabac, alcohol i altres drogues

BISS-11→ Barratt Impulsiveness Scale

Resum

Aquest treball tracta sobre els pacients que pateixen el trastorn límit de la personalitat i la impulsivitat que tenen com a símptoma destacat, on aquesta s'associa amb el consum de substàncies d'aquestes persones. Inicialment coneixerem més sobre aquest trastorn i les seves característiques i seguidament el relacionarem amb el trastorn per ús de substàncies, destacant la impulsivitat com a tret important de la patologia estudiada.

Per tant l'objectiu principal serà valorar el nivell d'impulsivitat dels pacient que presentin el diagnòstic de TLP-TUS amb l'edat compresa entre 20-35 anys i ingressats en la Unitat de Patologia Dual de l'hospital psiquiàtric de Martorell.

El treball és un estudi quantitatiu, observacional descriptiu ja que es pretén mesurar i valorar el grau d'impulsivitat en pacients amb un diagnòstic mèdic de TLP-TUS, no tenim control ni influïm sobre aquesta variable i s'estudia l'associació de la impulsivitat dels pacients que presenten un diagnòstic concret junt amb el consum de substàncies.

El mètode d'obtenció de dades serà a partir de diferent enquestes i escales que s'aniran donant als pacients esmentats durant el període d'un any, on això s'utilitzarà per valorar als participants d'aquest estudi segons les respostes donades en les mateixes. La mostra es determinarà a partir d'un mostreig no probabilístic consecutiu.

Conclusions: El símptoma d'impulsivitat dels pacients amb TLP s'ha de saber abordar d'una manera òptima, ja que si també estan associats a realitzar un consum de substàncies és possible que pugui potenciar l'ús d'aquestes.

Paraules clau: Trastorn límit de personalitat(TLP), trastorn per ús de substàncies(TUS), impulsivitat, consum de substàncies.

Abstract

This paper deals with patients suffering from borderline personality disorder and impulsivity whose prominent symptom, which is associated with the substance use of these people. Initially we'll know more about this disorder and its characteristics and then we'll relate it with substance use disorder, impulsivity as highlighting important feature of the pathology studied.

Therefore, the main objective will be to assess the level of impulsiveness of patients presenting diagnosis of BPD-SUD age between 20-35 years and admitted to the Dual Pathology Unit of the psychiatric hospital in Martorell.

The study is a quantitative, descriptive observational as it aims to measure and assess the degree of impulsivity in patients with a medical diagnosis of BPD-SUD, we don't have control or influence on this variable and it studies the association of impulsivity diagnosis of patients presenting with specific substance.

The method of data collection will be from different surveys and stairs that will give patients during the mentioned period of one year, where it will be used to assess the participants in this study based on answers given in them. The sample will be determined based on a propabilistic row sampling

Conclusions: impulsivity symptom of patients with BPD should know optimally addressed, because if they are also associated with making a substance you may be able to promote the use of these.

Keywords: borderline personality disorder (BPD), substance use disorder (SUD), impulsivity, substance use

1.Introducció i justificació:

El trastorn límit(TL) és el trastorn de personalitat(TP) més freqüent en poblacions clíniques. Segons G. Selva, F. Bellver i E. Carabal això és causa de l'alta comorbiditat d'aquesta entitat amb els trastorns afectius, d'ansietat i d'abús de substàncies, i a l'elevada taxa d'intents de suïcidi, el que en conjunt provoca una gran demanda assistencial per part d'aquests pacients(1).

És una afecció mental per la qual una persona presenta patrons generals d'inestabilitat en les relacions interpersonals, la autoimatge i la afectivitat i una notable impulsivitat que comença a l'inici de l'edat adulta i que es dóna en diversos contextos(2).

Aquest síndrome neix de la necessitat de categoritzar un grup de pacients amb símptomes d'inestabilitat emocional i un trastorn en el control dels seus impulsos, que no encaixen dins dels síndromes tradicionals(1). És un diagnòstic en el qual una persona pot arribar a aquesta etiqueta de maneres molt diverses.

La qualificació límit s'utilitzava quan no estava segur el diagnòstic del pacient. El terme límit va sorgir en aquesta línia i es recorria a ell, quan no es tenia clar si el pacient patia una neurosi (pacients lleugerament malalts) o una psicosi (pacients molt malalts). La idea de recórrer a aquest terme va partir de les dificultats observades en un grup de pacients que no encaixaven en cap dels dos termes de "malaltia" i que semblaven oscil·lar entre característiques de funcionament normal i característiques de funcionament patològic, situant-se per tant al límit de la normalitat i de la patologia. En l'actualitat la denominació límit es concep com un nivell avançat i potencialment greu de funcionament desadaptatiu de la personalitat. Significa un nivell habitual de comportament i un patró durador de funcionament alterat, que es pot estabilitzar durant un considerable període de temps, donant l'aparença d'un funcionament adaptat(3). Aquest trastorn persisteix en el temps causant limitacions notables en la qualitat de vida de les persones que ho pateixen.

També es coneix amb el nom de trastorn borderline, aquest terme data de mitjans del segle passat, el trastorn límit de la personalitat(TLP) no va ser reconegut formalment com un diagnòstic fins a 1980(1).

Des de la seva aparició com a diagnòstic "oficial" en el DSM-III, el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals en l'any 1980, s'han realitzat múltiples investigacions i s'ha generat una gran controvèrsia entre professionals especialment entorn del tractament i possible pronòstic(4).

A continuació es mostren els criteris per al diagnòstic del TLP segons el DSM-5 (Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals). La presència de 5 o més pot indicar l'existència d'aquest trastorn:

1.Esforços frenètics per evitar un abandonament real o imaginari(Nota: no influir els comportaments suïcides o d'automutilació que es recullen en el Criteri 5)

2.Patró de relacions interpersonals inestables i intenses caracteritzat per l'alternança entre els extrems d'idealització i devaluació

3.Alteració de la identitat: auto-imatge o sentit de si mateix acusada i persistentment inestable

4.Impulsivitat en almenys dues àrees que són potencialment perjudicials per a si mateix (Ex ..: despeses, sexe, abús de substàncies, conducció temerària, afartaments de menjar ..) (Nota: no influir els comportaments suïcides o d'automutilació que es recullen en el Criteri 5)

5.Comportaments intensos, amenaces suïcides recurrents o comportament d'automutilació.

6.Inestabilitat afectiva deguda a una notable reactivitat de l'estat d'ànim (per ex .: episodis d'intensa disfòria, irritabilitat o ansietat, que solen durar unes hores i rares vegades uns dies)

7.Sentiments crònics de buit

8.Ira inapropiada i intensa o dificultats per controlar la ira (per ex .: mostres freqüents de mal geni, enuig constant, baralles físiques recurrents)

9.Ideació paranoide transitòria relacionada amb l'estrès o símptomes dissociatius greus(5).

És així amb el criteri 4 per al diagnòstic del TLP on es fa una relació del símptoma d'impulsivitat que pateixen aquests pacients amb l'abús de substàncies.

La existència de característiques de la personalitat desadaptatius, com pot ser la impulsivitat, s'ha associat a un major risc del desenvolupament d'una addicció. A més aquesta presència d'una alta impulsivitat també s'ha relacionat amb majors complicacions psicopatològiques en pacients addictes(6).

És aquí doncs on espot començar a parlar de la patologia dual, és a dir, la existència simultània d'un trastorn addictiu i un trastorn mental o la intersecció d'ambdues disfuncions en un mateix pacient(7).

En un estudi prospectiu sobre la prevalença de la patologia dual fet en el 2008 a la Comunitat de Madrid s'ha pogut observar que en les xarxes sanitàries públiques relacionades amb la salut mental i la drogodependència el 53,2% dels pacients que reben tractament psiquiàtric presenta patologia dual i en el cas de les drogodependències aquest percentatge arriba al 63%(8).

A través de les pràctiques d'infermeria que he realitzat en centres psiquiàtrics i posteriorment treballant en aquest àmbit, hi ha hagut una cosa que he observat i m'ha cridat l'atenció. Gran part dels pacients ingressats en una unitat psiquiàtrica a part de tenir una malaltia de trastorn mental pateixen alhora o han tingut antecedents d'un consum de tòxics, el qual pot haver estat desencadenat pel trastorn mental o bé a l'inrevés.

És per això que vull aprofundir més en la temàtica de la relació entre ambdues coses i poder investigar més a fons tot allò que envolta. Com el món de la salut mental és extens i hi han molts tipus de trastorns mentals, és molt difícil relacionar-los tots amb el consum de substàncies, és per això que he volgut centrar-me en un de concret en el que hi tinc força interès que és el TLP, ja que és un trastorn que per la seva simptomatologia està associat a la realització d'un consum. Més concretament he volgut centrar-me en la impulsivitat que tenen els pacients amb aquest tipus de trastorn i la probabilitat així de caure en un consum de substàncies.

2.Objectius i hipòtesis:

Hipòtesis:

La impulsivitat dels pacients amb TLP incideix en la realització d'un consum de substàncies.

Objectiu general:

Valorar el nivell d'impulsivitat dels pacients amb un TLP-TUS d'entre 20-35 anys ingressats en la Unitat de Patologia Dual(UPD) de l'hospital psiquiàtric de Martorell.

Objectius específics:

Analitzar la influència de la impulsivitat dels pacients amb TLP en el consum de substàncies segons els factors sociodemogràfics.

Analitzar la freqüència de consum de substàncies que realitzen els pacients amb TLP.

Analitzar els diferents tipus de substàncies que consumeixen els pacients amb TLP.

Analitzar la quantitat de substàncies que consumeixen els pacients amb TLP.

Marc teòric:

3.1.Epidemiologia

El TLP és el més prevalent de tots els trastorns de personalitat i té una prevalença estimada del 2-3% en la població general(5)(9).També es fa referència a que el TLP té una presència important en els diferents recursos assistencials. Està considerat com el Trastorn de Personalitat més comú en l'àmbit clínic afectant aproximadament a un 10% dels pacients psiquiàtrics ambulatoris i afectant a un 15-20% dels ingressats(10). A més aquest trastorn també té una presència notable en altres serveis de la salut com és l'atenció primària en la que s'ha observat una prevalença del trastorn del 6,4%(11).

Un fet que crida molt l'atenció és la diferència que hi ha entre les prevalences fetes en l'àmbit clínic que és d'un 10-20% i en la població general que és d'un 2-3%. S'ha considerat que aquesta diferència tant notable pot ser un indicador de que un nombre important de pacients que pateixen TLP no estan sent diagnosticats com a tal, i per tant, no reben el tractament adequat(12).

Aquest trastorn s'havia considerat tradicionalment com un trastorn més propi del sexe femení, amb una proporció de 3:1 encara que en l'actualitat no es considera que existeixin diferències reals de prevalença en la població general(13). Per alguns autors aquest canvi està relacionat amb que no es reconeixen diferents expressions del trastorn, que poden variar segons el gènere(14).

Es pot manifestar en les primeres etapes de la infància, en l'adolescència o en l'inici de l'edat adulta. Els casos en què apareix més precoçment solen tenir pitjor pronòstic sobretot si van acompanyats en l'adolescència d'abús de substàncies, conductes suïcides i conductes autodestructives. Els anys de major prevalença del trastorn solen ser entre els 20 anys i els 35 anys, just en el període en què l'individu ha de fer-se adult i independent i marcar-se una línia de vida i unes metes(15).

El TLP no és un trastorn degeneratiu com altres TP. En la majoria dels casos es va produint una estabilització a partir dels 35-40 anys, suavitzant molts símptomes, sobretot la impulsivitat(16).

3.2.Etiologia

No hi ha una causa específica per al trastorn límit de la personalitat i actualment no es disposa de cap model etiopatogènic que hagi pogut integrar tota la evidència disponible.

En l'actualitat, el model més acceptat és el que considera el TLP com un trastorn del desenvolupament, com a resultat de la relació entre la vulnerabilitat d'un individu i l'aparició de certs factors estressants psicosocials en períodes de major risc al llarg del procés maduratiu d'una persona(17).

La guia de pràctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence(NICE) descriu diversos factors que poden estar implicats en la seva etiologia: factors biològics, fisiològics, factors psicosocials i desorganització d'aspectes del sistema conductual afiliatiu, concretament, del procés d'afecció(18).

3.3.Criteris clínics

Hi ha diversos criteris clínics per tal de diagnosticar aquest trastorn, el sistema diagnòstic DSM és el més utilitzat tant com per la pràctica clínica com per la investigació. Per tal de portar a terme el diagnòstic del TLP segons el DSM-5, el pacient com s'ha esmentat anteriorment ha de complir cinc criteris entre els nou que hi ha possibles(Annex1)(Taula 1)(2).

No s'ha establert un ordre jeràrquic d'aquests descriptors clínics, pel que cap criteri que una persona posseeixi és considerat per tal d'establir aquest diagnòstic.

A diferència del model diagnòstic vigent en el DSM-5 hi ha un model alternatiu generat en el mateix manual, en el qual per tal d'arribar al diagnòstic de TLP s'hi ha de registrar una afectació del funcionament de la personalitat moderada o greu i la presència de quatre o més d'una sèrie de trets patològics, amb la obligació de que almenys un sigui el d'impulsivitat, assumpció de riscos i hostilitat(Annex1)(Taula 2)(2).

3.4.Relació entre TLP y TUS

Estudiar les característiques de la patologia dual entre TLP-TUS resulta dificultós ja que el TLP és un trastorn heterogeni, amb una notable variabilitat entre pacients on a la vegada es produeix un solapament de símptomes entre el TLP i el TUS. Inclús moltes vegades el consum de tòxics es presenta com un símptoma del TLP(19).

La presència de patologia dual TLP-TUS fa empitjorar el pronòstic del pacient. S'ha observat pitjor resposta als tractaments, major risc de suïcidi, autolesions i conductes autodestructives en general. A més el propi TLP implica una major probabilitat d'iniciar un consum de tòxics, de presentar una dependència(freqüentment a diverses substàncies) i de presentar greus conseqüències emocionals. Es descriu un major descontrol dels impulsos i conductes autodestructives(20).

Actualment no hi ha cap evidència que recolzi la idea de que el TUS contribueixi al desenvolupament del TLP, per contra si que existeixen sòlides evidències científiques que descriuen com hi han trets patològics de la personalitat que si influeixen i predisposen al desenvolupament d'un TUS(21).

La interacció entre el TLP i el TUS es produeix en ambdues direccions. Molts dels trastorns de personalitat que formen part del Cluster B(antisocial, límit, histriònic, narcisista)(2) es troben en una situació que afavoreix al desenvolupament d'un TUS. De la mateixa manera el consum mantingut d'estimulants produeix alteracions del mecanisme de regulació emocional que actuen imitant els trastorns de personalitat per inestabilitat emocional i impulsivitat (22).

La alta prevalença de consum de substàncies en pacients amb TLP s'ha pogut observar en molts estudis. S'han realitzat estudis als Estats Units pel NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) on es posa de manifest la forta associació entre TLP i TUS(Annex 2)(23).

S'ha evidenciat que no només els TP augmenten la probabilitat de patir un TUS, sinó que a més afecta a la evolució d'aquests(24). S'ha pogut observar en un estudi amb tres anys de seguiment realitzat a partir de dades aportades pel NESARC amb una mostra representativa a nivell nacional(Estats Units) on determinats TP més en concret el trastorn antisocial, límit i esquizoafectiu s'associen significativament amb el curs i evolució del abús o dependència del alcohol, cànnabis i tabac(Annex 3).

A Espanya, més concretament a Madrid s'ha realitzat un estudi epidemiològic recent sobre la prevalença i característiques dels pacients amb patologia dual en tractament a les xarxes de salut mental i d'atenció a la drogodependència, promogut per la Societat Espanyola de Patologia Dual, on es va obtenir una prevalença en el trastorn de personalitat (TP) del 70% i del TLP un 25,5%. Es podria dir que els TP són 4 vegades més prevalents en mostres clíniques que entre la població general, el que s'ha trobat que ocorre igualment amb l'ús de substàncies(25).

3.5.La importància de la impulsivitat en la relació del TLP i TUS

El Trastorn Límit de Personalitat és un dels Trastorns de Personalitat més freqüentment associat amb el trastorn per ús de Substàncies . D'acord amb diferents models, el subtipus TLP-Desregulació conductual té major prevalença de TUS i de certes conductes d'impulsivitat que els altres dos subgrups(desregulació afectiva, alteració relacional). En la comparació entre els subgrups TLP, desregulació conductual mostrava prevalença significativament més gran de TUS (alcohol i cocaïna), i tendència a ansiolítics, major impulsivitat i un major nombre de temptatives de suïcidi i ingressos psiquiàtrics(Annex 4)(26).

La impulsivitat segons dades procedent de la clínica i de la investigació és el tret de personalitat més relacionat amb el consum de substàncies(26). Ha sigut un dels factor més estudiats en pacients addictes i ha estat relacionada tant amb la major facilitat d'entrar en contacte amb les substàncies, com en el desenvolupament de la addicció o amb el desenvolupament de les complicacions(27).

Encara que la impulsivitat és un factor molt important del TLP per derivar a un TUS, també hi ha altres factors que poden incidir en realitzar un consum de tòxics com símptomes disfòrics, d'inestabilitat afectiva i ansiosos que ens ajuden a entendre la forta relació que hi ha entre el TLP i altres TP amb el TUS(22).

3.6.Tractament de la impulsivitat en els pacients amb TLP

Aripiprazol	Redueix la impulsivitat, la ràbia i els problemes interpersonals. Redueix la simptomatologia psicòtica transitòria en aquest tipus de pacients(28)(29).
Topiromat	Millora els problemes interpersonals i la impulsivitat, és estabilitzador de l'estat d'ànim i redueix l'agressivitat. Eficàcia demostrada en ambdós sexes. En general, ben tolerat, pot reduir la gana i produir certa disminució del pes(28)(29).
Lamotrigina	Reducció de la impulsivitat, estabilitzador de l'estat d'ànim. Precaució a l'hora de dosificar, ja que els increments ràpids de dosi poden ocasionar major freqüència d'efectes secundaris(28)(29).
Valproic	Estabilitzador de l'estat d'ànim, especialment eficaç per reduir l'agressivitat i la impulsivitat. És necessari controlar els nivells plasmàtics(28)(29).
Olanzapina	Redueix la impulsivitat, la ràbia i els problemes interpersonals. Redueix la simptomatologia psicòtica transitòria en aquest tipus de pacients.. Precaució per increment de pes i aparició de problemes metabòlics(30).
Clozapina	Estudis oberts en pacients resistents mostren importants reduccions en l'agressió i en les conductes autolesives(31).

4.Metodologia

4.1.Tipus de disseny

Per valorar si el símptoma d'impulsivitat en els pacients amb un diagnòstic de TLP té una influència en desenvolupar un consum de substàncies , es portarà a terme un estudi quantitatiu, observacional descriptiu. S'utilitza un disseny quantitatiu ja que es pretén mesurar i valorar el grau d'impulsivitat en pacients amb un diagnòstic mèdic de TLP-TUS, és observacional ja que no tenim control ni influïm sobre aquesta variable sinó que simplement seleccionem els diferents valors que han de presentar els nostres pacients de forma natural i descriptiu perquè s'estudia l'associació de la impulsivitat dels pacients que presenten un diagnòstic concret amb el consum de substàncies.

4.2.Àmbit d'estudi

L'estudi es portarà a terme en aquells pacients que tinguin el diagnòstic de Trastorn Límit de la Personalitat i Trastorn per ús de substàncies segons el DSM-5 ingressats en la Unitat de Patologia Dual(UPD) en el hospital Germanes Hospitalàries Sagrat Cor a Martorell i que compleixin els criteris d'inclusió.

L'Hospital Sagrat Cor ofereix serveis especialitzats en l'àmbit de la salut mental i sociosanitari a través del mateix hospital, situat a Martorell, i amb més de vint equipaments comunitaris repartits per les comarques de l'Alt Penedès, l'Anoia, el Baix Llobregat i el Berguedà. Tots els serveis són de cobertura pública i es financen a través de concerts establerts amb el CatSalut (Servei Català de la Salut). L'assistència del centre està destinada als ciutadans de la seva zona d'influència.

La Unitat de Patologia Dual d'aquest centre tracta d'oferir un tractament específic, fent un especial èmfasi en el diagnòstic i l'abordatge terapèutic adequat tant a la psicopatologia com del trastorn d'abús i dependència de substàncies psicoactives; així reconeix la importància que ambdues patologies tenen com a modificadors dels resultats terapèutics de qualsevol tipus de tractament correctament instaurat. Es tracta d'una unitat que té una intervenció específica i puntual dintre del procés d'atenció a les persones amb patologia dual; per tant la UPD no es fa càrrec ni de l'atenció a les urgències, ni del procés rehabilitador i de reinserció al medi sociofamiliar. És una unitat de curta estada (3

setmanes-1 mes), que atén a aquests pacients fins que els seus estat els permeti a continuar el tractament en els serveis ambulatoris: centre d'atenció i seguiment de les drogodependències(CAS), centre de salut mental d'adults (CSMA) o altres unitats d'hospitalització.

4.3.Població i mostreig

Població d'estudi

La població de l'estudi són els pacients amb el diagnòstic de Trastorn Límit de la Personalitat i Trastorn per ús de substàncies ingressats en la Unitat de Patologia Dual en l'hospital psiquiàtric de Martorell.

Mostreig

La mostra de l'estudi són els pacients d'entre 20-35 anys amb els diagnòstics de TLP-TUS segons els criteris del DSM-5 al llarg d'un any.

Tipus de mostreig

El tipus de mostreig és no probabilístic consecutiu. És no probabilístic ja que s'han establert uns criteris d'inclusió i exclusió i per tant en centrarem en aquests alhora d'agafar la mostra. Consecutiu ja que s'agafen tots els pacients que estan disponibles excepte en el cas de que es trobin afectats durant la participació a l'estudi , per un episodi psicòtic o algun altre estat que pugui alterar el seu judici de la realitat on s'esperarà a la seva recuperació i se'ls realitzarà l'estudi.

Càlcul mostral

Per tal de determinar el càlcul mostral d'aquest estudi s'haurà d'aplicar la següent formula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^{2}\, p(1-p)}{i^{2}}$$

On:

- Zα, és el coeficient que correspon al nivell de confiança fixat.
  -Per a un nivell de confiança del 95%,α=0.05, el valor de Zα=1.96.
  -Per a un nivell de confiança del 99%,α=0.01, el valor de Zα=2.57.
- p, és el valor aproximat del paràmetre que es vol mesurar(la seva variabilitat o freqüència).
- (1-p), és el complementari del valor p.
- i, es la precisió amb la que es desitja estimar el paràmetre.

Per tant el valor de "n", serà el resultat del càlcul, on ens donarà el valor aproximat de pacients d'entre 20-35 anys amb els diagnòstics de TLP-TUS segons els criteris del DSM-5 al llarg d'un any que haurem d'agafar per realitzar l'estudi.

4.4.Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris d'inclusió:

- Pacients d'edat compresa entre 20-35 anys(inclosos)
- Pacients ingressats a la Unitat de Patologia Dual de Martorell
- Pacients que compleixin els diagnòstics de:
  -Trastorn límit de la personalitat(301.83 (F60.3)) i trastorn per ús de substàncies segons el DSM-5.

Criteris d'exclusió:

- Pacients que no compleixin els criteris diagnòstics
- Pacients que no vulguin participar en l'estudi
- Dificultat per comprendre els enunciats del qüestionari per disfunció cognitiva o problemes amb l'idioma.

4.5.Descripció de les variables:

-En la següent taula es mostren les característiques de les variables sociodemogràfiques:

Variable	TIPUS	VALOR	RECOPILACIÓ
Edat	Quantitativa	Anys	Indirecta(individu)
Gènere	Nominal	Home/Dona	Indirecta
Estat civil	Ordinal	Solter/a Casat/a Divorciat/a Vidu/a	Indirecta
Nivell educatiu	Nominal	Cap tipus d'estudi Estudis bàsics Cicle formatiu/batxillerat Estudis universitaris	Indirecta
Ocupació	Ordinal	Empleat Desempleat Atur	Indirecta
Nivell socioeconòmic	Ordinal	Baix Mig Alt	Indirecta
Persones amb qui conviu	Ordinal	Sol/a Parella Fills Parella i fills Altres familiars	Indirecta

-Impulsivitat dels pacients: analitzada a través d'un qüestionari segons l'escala d'impulsivitat de Barrat(Veure Annex 5)(33).

-Tipus de substàncies de consum, freqüència i quantitat: analitzat a traves d'un qüestionari segons l'escala ESCON(escala de consum de tabac, alcohol i altres drogues)(Veure annex 7)(34).

4.6.Instruments recollida de dades

Els instruments que s'utilitzaran per l'avaluació de la impulsivitat en pacients amb TLP associat al consum de tòxics seran un qüestionari per saber les característiques sociodemogràfiques del pacient, una enquesta per valorar la impulsivitat segons l'escala de Barrat(Veure annex 5)(33) i el qüestionar ESCON per tal d'analitzar el tipus de substàncies que consumeixen, la seva freqüència i quantitat.

-Qüestionari sociodemogràfic: per tal de poder saber les variables sociodemogràfiques del pacient com són: edat, gènere, estat civil, nivell educatiu, ocupació, nivell socioeconòmic i persones amb qui conviu i així poder establir una relació amb el consum de tòxics(Veure annex 6).

-Qüestionari ESCON(escala de consum de tabac, alcohol i altres drogues): aportada per membres del grup d'investigació PREVEMGO, de la Universitat, Miguel Hernández ens ajuda a analitzar el tipus de consum, freqüència i quantitat(Veure annex 7)(34).

-Enquesta segons escala de Barrat: L'Escala BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale) o Escala d'Impulsivitat de Barratt és un qüestionari de 30 ítems al qual el subjecte ha de respondre marcant diverses opcions.

Les quatre opcions de resposta possible es puntuen de la següent manera (excepte alguns ítems que tenen una puntuació inversa, és a dir que rarament o mai puntuaria amb 4):

- Rarament o Mai = 0

- Ocasionalment = 1

- Sovint = 3

- Sempre o gairebé sempre = 4

La puntuació total serà la suma dels punts aconseguits en tots el ítems, de manera que aquesta puntuació oscil·laria entre 0 i 120. Aquesta escala aporta informació sobre la impulsivitat cognitiva, motora i la no plantejada(33).

4.7 Anàlisi de les dades

Per tal de realitzar l'anàlisi de les dades s'utilitzarà el programa SPSS on s'introduiran totes les variables sociodemogràfiques pertinents: variable d'edat, gènere, estat civil, nivell educatiu, ocupació, nivell socioeconòmic i persones amb qui conviu. On totes aquestes es faran visibles a través del programa.

Seguidament s'enregistrarà en cada variable les respostes marcades pels pacients al haver realitzar les enquestes i així hi haurà la informació de cada pacient amb la seva variable corresponent.

4.8.Consideracions ètiques i legals:

Per tal de poder iniciar el projecte aquest primerament hauria de ser aprovat per el comitè ètic i la direcció de l'hospital(Annex 9).

Alhora de poder portar a terme la recollida de dades es proporcionarà un full d'informació (annex 8) i s'explicarà als pacients o familiars les característiques d'aquest estudi i es demanarà el seu consentiment per tal de poder incloure'ls a l'estudi.

S'explicarà que la finalitat d'aquest estudi no té cap altre interès que millorar els coneixements d'aquesta patologia per tal de que les persones amb aquest trastorn puguin rebre un tractament més adient . També es remarcarà que el tracte que rebrà el pacient i les actuacions que es faran per part d'infermeria seran les mateixes tant si participa en l'estudi com si no.

Els usuaris que vulguin participar en l'estudi hauran de firmar un full de consentiment informat(annex 8) on s'explica que l'estudi preserva la identitat del pacient preservant sempre la intimitat i la identitat del pacient, i que accepta participar a l'estudi de forma voluntària, sense cap tipus de coacció d'acord amb la llei orgànica 15/1999 de protecció

de dades de caràcter personal. En el cas de que el pacient no pugui donar el seu consentiment ho farà un familiar o persona responsable.

En tot moment es portaran a terme les actuacions respectant els principis bioètics fonamentals com són:

Autonomia: és l'obligació de respectar l'autonomia de la persona alhora de prendre decisions. S'han de tenir en compte les consideracions i opcions de les persones i no posar-hi entrebancs, a menys que les seves actuacions siguin clarament perjudicials pels altres.

Beneficència: obligació a actuar en benefici dels demés, protegint els seus interessos i benestar i per tant buscar el millor per l'altre. Això implica que sigui l'altra persona qui decideixi el que es bo per a ell.

No maleficència: obliga a no fer mal intencionadament. No fer dany físic, psíquic o moral a les persones i minimitzar el mal, abans que maximitzar el be.

Justícia: o es pot discriminar a ningú per raons de condició econòmica, cultural, color de la pell, religió o cultura. Hem de tractar a les persones amb la mateixa consideració i respecte.

La persona podrà sortir de l'estudi en tot moment. S'explicarà que aquest estudi no influeix de forma negativa al pacient, si no que a partir dels resultats que s'obtinguin es plantejaran propostes de millora si fossin necessàries.

4.9.Procediment de l'estudi

Per començar l'estudi em centraré en la temàtica i en l'elaboració del projecte d'intervenció que portaré a terme. Una vegada presa aquesta decisió es buscarà informació pertinent al tema en qüestió, a través d'una cerca bibliogràfica, es consultarà via internet o ja sigui a través de llibres i guies sobre la temàtica escollida i la patologia que es tractarà, per tal de tenir un major coneixement sobre el que es parlarà i poder centrar el treball de manera acurada.

Després d'haver fet una cerca extensa d'informació sobre la patologia i haver centrar els criteris d'inclusió i exclusió dels pacients que es volen agafar, es farà una elaboració dels objectius que es volen analitzar, una justificació i introducció de l'estudi i el marc teòric.

Seguidament es portarà a terme una realització i cerca d'escales i enquestes per tal de posar-les en pràctica en els pacients escollits i així obtenir las dades d'aquests que es voldran valorar. Per tal de poder realitzar aquestes activitats realitzaré l'elaboració d'una carta dirigida al comitè de bioètica del centre corresponent, per tal de que m'autoritzin portar a terme l'esmentat anteriorment.

Una vegada m'hagin autoritzat la realització d'aquest estudi, aniré setmanalment durant el període d'un any a la unitat escollida, per tal de passar les escales i enquestes als pacients que compleixin els criteris que es demanen, anteriorment havent entregat el document d'informació i consentiment informat a aquests. Quan hagi acabat el termini d'un any i hagi passat totes les enquestes, portaré a terme una recollida de dades i així poder fer una organització i anàlisi dels resultats obtinguts, per tal de poder valorar la hipòtesi i els objectius del treball esmentats.

Seguidament ja havent fet una redacció del borrador de l'estudi només quedarà fer la presentació de l'estudi i així poder observar els resultats i treure una conclusió pertinent alhora de portar a terme el pla de difusió.

5.Limitacions

Alhora de la realització de l'estudi he trobat diverses limitacions, la principal la qual m'ha suposat una càrrega considerable ha sigut la cerca d'informació sobre la patologia, ja que el TLP és un trastorn concret dintre del TP del qual encara hi ha moltes coses que es desconeixen o no estan verificades en la seva totalitat. He trobat molta informació sobre el TP però incidint més a fons en el TLP encara hi ha pocs estudis i evidències capaces de conèixer més a fons aquesta patologia.

Un altre factor que pot limitar l'estudi és l'adherència dels pacients escollit , ja que si no realitzen un bon ompliment de les dades el registre tindrà repercussions i les dades obtingudes no seran del tot correctes.

A més a més aquest tipus d'intervenció augmenta la càrrega de feina del professionals d'infermeria ja que encara que no hi participin requereix invertir un temps determinat per fer la valoració del pacient.

6.Recursos

-Aquest estudi consta únicament d'un investigador que ha realitzat totes les tasques, encara que alhora d'anar a la unitat del centre escollit s'ha rebut ajuda del personal sanitari per tal de fer una selecció acurada dels pacients segons els criteris establerts.

-El material necessari per la realització del treball ha sigut: un ordinador, llibres i guies per tal de realitzar la cerca d'informació. Cotxe per tal de realitzar els desplaçaments al centre d'elecció i els qüestionaris i escales escollides. Utilització del programa SPSS per al anàlisi de dades.

-No hi ha un pressupost específic per tal de realitzar el treball, simplement el cost d'imprimir les escales i els qüestionaris i la gasolina alhora de realitzar desplaçaments al centre.

7.Cronograma de l'estudi:

	2016				2017							
Activitats	**Setembre**	**Octubre**	**Novembre**	**Desembre**	**Gener**	**Febrer**	**Març**	**Abril**	**Maig**	**Juny**	**Juliol**	**Agost**
1.Elaboració del projecte d'intervenció												
2.Recerca bibliogràfica												
3.Elaboració d'objectius, justificació i marc teòric												
4.Carta al comitè de bioètica												
5.Aplicació de les enquestes												

	2017				2018							
	Setembre	**Octubre**	**Novembre**	**Desembre**	**Gener**	**Febrer**	**Març**	**Abril**	**Maig**	**Juny**	**Juliol**	**Agost**
6.Recollida de dades												
7.Organització i anàlisi de resultats												
8.Redacció borrador estudi												
9.Presentació estudi												
10.Observació resultats												
11.Obtenció conclusions												
12.Realització pla de difusió												

8. Aplicabilitat i utilitat pràctica dels resultats

La finalitat d'aquest estudi és analitzar la influència de la impulsivitat dels pacients amb TLP en el consum de substàncies segons els seus factors sociodemogràfics i alhora poder observar la freqüència del consum de substàncies, el tipus de substàncies i la quantitat de substàncies que aquests consumeixen.

Aquest estudi per tant, pot ser molt útil en la pràctica clínica amb aquest tipus de pacients ja que tindrem més coneixements sobre el tipus de patologia que pateixen i així portar a terme un tractament òptim i adient segons les seves característiques i perfil clínic. Gràcies a això, ens permetrà poder saber com realitzar un abordatge correcte alhora de tractar amb persones que tenen aquest trastorn i tindre en compte aspectes molt importants alhora de mantenir un contacte amb ells, ja que ens pot ser de gran utilitat en diverses situacions tant en l'àmbit sanitari com personal.

9.Pla de difusió

Com a pla de difusió es realitzarien xerrades d'aquest trastorn entre professionals sanitaris i no sanitaris per tal de que augmenti el coneixement sobre aquesta malaltia, les seves característiques, com es relaciona amb el consum de substàncies i com la impulsivitat influeix en això.

Per altra banda s'aprofitaria per realitzar tallers per tal d'ensenyar com poder reduir l'angoixa en el moment que una persona pateix d'aquest trastorn es troba en un estat molt impulsiu i poder abordar-lo de la manera més correcta possible sense que ningú surti danyat.

Aquest pla inicialment es portaria a terme en diferents centres psiquiàtric ja que és on més utilitat se li podria donar, perquè hi ha professionals que estan diàriament en contacte amb persones amb aquest trastorn.

10.Conclusions

Al haver realitzat aquest estudi es pot comprovar que el TLP és un trastorn mental molt específic on actualment el coneixement d'aquesta patologia és limitat, ja que és un trastorn que està dintre del trastorn de personalitat i els estudis centrats en la conducta límit són molt reduïts. És per això que encara desconeixem moltes certeses sobre els pacients que el tenen, encara que una de les característiques que moltes de les persones que el pateixen resulta ser la impulsivitat.

Al haver estat de pràctiques d'infermeria i posteriorment haver treballat en l'àmbit de la psiquiatria hi ha un fet important el qual sempre m'havia semblat molt interessant com l'associació de les persones que tenen malalties mentals amb el consum de substàncies, ja que observava que una gran part de la gent ingressada en els centres de salut mental també tenia alhora un trastorn per ús de substàncies o havien consumit anteriorment. És així com va sorgir el meu dubte de si hi havia una relació entre malaltia mental i consum de substàncies i de quina manera es podia originar aquesta.

És aquí on vaig voler relacionar la impulsivitat dels pacients límit amb el consum de substàncies, ja que personalment penso que el fet de tindre com a símptoma la impulsivitat és un gran potenciador alhora de portar a terme un ús de tòxics.

Per això la hipòtesis que vaig escollir per aquest projecte és si la impulsivitat dels pacients amb TLP incideix en la realització d'un consum de substàncies i com a objectiu general el de portar a terme certes activitats per tal de poder valorar el nivell d'impulsivitat de pacients que presenten TLP-TUS i així poder relacionar-ho.

Com a incís en aquest treball també vull comentar un aspecte molt important de la salut mental, i és, que hi ha gent que no entén que és una malaltia com qualsevol altra i que no accepta a les persones i les rebutja simplement pel fet de tenir un trastorn mental. Penso que hauríem de ser una mica més solidaris amb la resta de la gent i no discriminar a ningú sense entendre realment el que pateixen.

11.Bibliografia

1.G. Cervera, G. Haro, J. Martínez-Raga y otros. Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiàtrica. Editorial Médica Panamericana.2005.

2.American Psychiatric Association. *DSM-5.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC. American Psychiatric Association.2013.

3.Theodore Millon con Roger D. Davis, Masson. Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV.1998

4. Dolores Mosquera. Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. 2004.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.2013

6. Ferrer M, Andión Ó, Matalí J, Valero S, Navarro JA, Ramos-Quiroga JA, Torrubia R, Casas M. " Comorbid attention-deficit/hiperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality desorder". Journal of Personality Disorders.2010; 24(6), 812–822.

8.Volkow, N.D. Addiction and Co-ocurring mental disorders. Director`s perspective. NIDA Notes.2007;21, 2.

9. Sociedad Española de Patologia Dual. " Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid ". Diciembre. 2012;1(25):200.

10.Calvo.DO.Trastorno limite de la personalidad síntomas y tratamiento [Internet]. Madrid; 2012. Disponible en: http://www.grupodoctoroliveros.com/trastorno-limite-de-personalidad-sintomas-y-tratamiento

11.Andre W E. Skodol, Jeffrey G. Johnson, Patricia Cohen, Joel R. Sneed, Thomas N. Crawford The British Journal of Psychiatry. April. 2007;190 (5) 415-420.

12.Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Weissman M. Borderline personality in primary care. Archives of Internal Medicine.2002;162, 53-60.

13.Gunderson, J.G. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. American Journal of Psychiatry.2009;166,530-539.

14.Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New A.S, & Leweke F. Borderline personality disorder. Lancet.2011;377, 74-88.

15.Banzhaf A, Ritter K., Merkl A, Schulte-Herbrüggen O, Lammers C.-H. & Röpke S. Gender Differences in a Clinical Sample of Patients with Borderline Personality Disorder. Journal of Personality Disorders. 2012; 26 , 368-380.

16.Houston RJ, Ceballos NA, Hesselbrock VM, Bauer LO. "Borderline personality disorder features in adolescent girls: P300 evidence of altered brain maturation.". Clin Neurophysiol. June. 2005;116(6):1424-32

17.Zweig-Frank, H. "Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder." Comprehensive Psychiatry. Volume 43, Issue 2, Pages 103-107

18. Grosjean B, & Tsai, G.E. NMDA neurotransmissors as a critical mediator of borderline personality disorder. Journal of Psychiatry and Neuroscience.2007; 32, 103-115.

19. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Borderline Personality Disorder: treatment and management. London (United Kingdom). 2009.

20. Bobes J, Casas M. Manejo clínico del paciente con patologia dual. Valencia ; 2009.

21.Bornovalova MA, Legues CW, Daughters SB, Rosenthal MZ, Lynch TR. Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders.Clinical Psychology Review. 2005;25:790-812.

22.Verheul R, van den Bosch LMC, Oldham J, Skodol AE, Bender DS, Ball SA. Substance abuse in essential of personality disorders. Washington. American Psychiatric Publishing.2009; 361-380.

23. Sociedad Española de Patologia Dual. Patologia Dual y Trastorno de la Personalidad [Internet]. Madrid: Enfoque Editorial S.C; 2013. 51 p. Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/personalidad-y-adicciones.pdf

24. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States[Internet]. Disponible en:

http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482349

25.Deborah Hasin D, Fenton MC, Skodol A., Kruege Rr, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Blanco C, Grant B. Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders.Arch Gen Psychiatry 2011; 68(11): 1158–1167.

26. Sociedad Española de Patologia Dual. " Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente[Internet] ." 2013;1(25):200. Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/2EEM-ARIAS-Dual trastorno12-2-131.pdf

27. Ferrer M, Barral C, Universitari H, Barcelona BC. Perfil clínico de impulsividad en el Trastorno Límite de Personalidad con Trastorno de Uso por Sustancias comórbido[Internet]. 2016. Disponible en:

https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/18/102/ESP/18-102-ESP-145-52-877966.pdf

28.Roncero C, Daigre C., Grau-López L, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Pérez-Pazos J, Gonzalvo B, Corominas M, Casas M. Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine dependent patients. Journal of Additive Diseases. 2013; 32:3, 263-273.

29.Lieb K, Volim B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. Br J Psychiatry. 2010; 196:4-12

30. Mercer D; Douglas AB; Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. J Personal Disord. 2009;23:156-174.

31. Shafti SS, Shahveisi B. Olanzapine versus haloperidol in the management of borderline personality disorder: a randomized double-blind trial. J Clin Psychopharmacol. 2010;30:4447.

32. Chengappa KNR, Ebeling T, Kang JS, Levine J, Parepally H. Clozapine reduces severe self-mutilation and agression in psychotic patients with borderline personality disorder. J Clin Psichiatry.1999;60:477-84.

33. G LS. Impulsivity in adolescents[Internet]. 2013;51(4):245–54. Disponible en:

http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v51n4/art03.pdf

34.García del Castillo, José A. La evaluación del consumo de drogas en perspectiva. vol. 11, núm. 1. Alicante, España: Instituto de Investigación de Drogodependencias.2011; pp. 7-15.

12.Annexes

Annex-1

Taula 1. Criteris diagnòstic del TLP segons DSM-5

TABLA 1. Criterios DSM-IV y DSM-5 Sección I (APA, 1994; APA, 2013)

1	Patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables, caracterizadas por la alternancia entre la idealización y la devaluación
2	Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, real o imaginario
3	Sentimientos crónicos de vacío
4	Inestabilidad afectiva debido a una marcada reactividad del humor (p. ej. disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad), normalmente de pocas horas de duración y solo raramente superior a pocos días
5	Ira intensa, inadecuada o dificultad para controlarla (p. ej. frecuentes demostraciones de genio, ira constante, peleas físicas recurrentes)
6	Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente lesivas para uno mismo (p. ej. gastar, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones alimentarios)
7	Conductas suicidas recurrentes, gestos, tentativas o auto-mutilaciones
8	Autoimagen o sentido del *self* marcada y persistentemente inestable
9	Episodios disociativos graves con ideación paranoide episódica y relacionada con el estrés

Taula 2.Proposta de criteris per al TLP en DSM-5

TABLA 2. Propuesta de criterios para TLP en DSM-5 - Sección II (APA, 2013)

A.	**Afectación moderada o grave del funcionamiento de la personalidad, en forma de afectación de dos o más de las 4 siguientes áreas**
1.	**Identidad**: Marcadamente empobrecida, mal desarrollada, o auto-imagen irestable, a menudo acociado con excesiva auto-crítica; sentimientos crónicos de vacío; sintomatologia disociativa en situaciones de estrés
2.	**Auto-dirección**: Inestabilidad en objetivos, aspiraciones, valores, planes de carrera
3.	**Empatía**: Afectación de la habilidad para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociado a hipersensibilidad interpersonal; percepciones de los demás desviadas hacia atribuciones negativas o vulnerabilidades
4.	**Relaciones intimas**: Intensas, inestables, y relaciones cercanas conflictivas, marcado por la desconfianza, la necesidad, y la preocupación ansiosa hacia el abandono real o imaginario; relaciones que se mueven entre la idealización y la devaluación y alternando entre la sobre implicación y el abandono
B.	**Cuatro o más de los siguientes siete rasgos de personalidad patológicos, siendo al menos uno de ellos: impulsividad (5), asunción de riesgos (6), hostilidad (7)**
1.	**Labilidad emocional** (del dominio de rasgo Afecto Negativo)
2.	**Ansiedad** (del dominio de rasgo Afecto Negativo)
3.	**Inseguridad de separación** (del dominio de rasgo Afecto Negativo)
4.	**Tendencias depresivas** (del dominio de rasgo Afecto Negativo)
5.	**Impulsividad** (del dominio de rasgo Desinhibición)
6.	**Asunción de riesgos** (del dominio de rasgo Desinhibición)
7.	**Hostilidad** (del dominio de rasgo Antagonismo)

Annex-2. Associació del TLP-TUS segons NESARC

Table 4. Adjusted Odds Ratios of 12-Month *DSM-IV* Alcohol Use Disorders and Other Psychiatric Disorders Controlling for Sociodemographic Characteristics and Comorbid Psychiatric Disorders

	Adjusted Odds Ratios (99% Confidence Intervals)					
	Sociodemographic Characteristics[a]			Sociodemographic Characteristics and Other Psychiatric Disorders[b]		
Comorbid Disorder	Alcohol Use Disorder	Alcohol Abuse	Alcohol Dependence	Alcohol Use Disorder	Alcohol Abuse	Alcohol Dependence
Any drug use disorder	9.0 (6.96-11.72)[c]	2.8 (2.02-3.77)[c]	9.8 (7.19-13.24)[c]	5.5 (4.21-7.30)[c]	2.1 (1.48-2.90)[c]	5.0 (3.59-6.94)[c]
Any drug abuse	6.4 (4.76-8.69)[c]	3.2 (2.21-4.58)[c]	5.8 (3.99-8.37)[c]	4.9 (3.56-6.67)[c]	2.5 (1.72-3.72)[c]	4.1 (2.74-6.03)[c]
Any drug dependence	15.0 (8.44-26.52)[c]	1.6 (0.89-3.04)	18.7 (10.74-32.51)[c]	7.5 (4.14-13.70)[c]	1.2 (0.61-2.19)	7.5 (4.16-13.64)[c]
Nicotine dependence	3.5 (3.01-4.05)[c]	2.0 (1.62-2.44)[c]	4.9 (4.01-5.93)[c]	2.7 (2.34-3.21)[c]	1.8 (1.48-2.90)[c]	3.4 (2.78-4.19)[c]
Any mood disorder	2.2 (1.88-2.67)[c]	1.2 (0.98-1.59)	3.2 (2.51-4.00)[c]	1.4 (1.13-1.79)[c]	1.0 (0.79-1.36)	1.7 (1.23-2.29)[c]
Major depressive disorder	1.8 (1.44-2.26)[c]	1.3 (0.98-1.81)	2.1 (1.57-2.95)[c]	1.3 (1.01-1.67)[c]	1.2 (0.89-1.68)	1.3 (0.92-1.93)
Bipolar I	2.7 (1.99-3.73)[c]	1.1 (0.70-1.73)	4.0 (2.71-5.96)[c]	1.5 (0.98-2.11)	0.8 (0.49-1.32)	1.9 (1.13-3.01)[c]
Bipolar II	2.1 (1.33-3.38)[c]	0.9 (0.37-2.03)	3.1 (1.92-5.09)[c]	1.5 (0.91-2.36)	0.7 (0.30-1.65)	2.0 (1.22-3.41)[c]
Dysthymia	1.6 (0.95-2.77)	1.0 (0.49-2.11)	2.2 (1.10-4.24)[c]	0.8 (0.47-1.44)	0.9 (0.42-1.87)	0.9 (0.42-1.76)
Any anxiety disorder	1.9 (1.58-2.25)[c]	1.2 (0.93-1.46)	2.7 (2.15-3.31)[c]	1.3 (1.05-1.59)[c]	1.1 (0.82-1.36)	1.5 (1.16-1.99)[c]
Any panic disorder	2.3 (1.68-3.16)[c]	1.0 (0.63-1.70)	3.5 (2.42-5.18)[c]	1.2 (0.80-1.65)	0.8 (0.47-1.42)	1.4 (0.89-2.20)
Panic with agoraphobia	2.7 (1.55-4.79)[c]	1.5 (0.64-3.62)	3.6 (1.74-7.41)[c]	1.1 (0.60-2.22)	1.2 (0.47-3.12)	1.0 (0.47-2.32)
Panic without agoraphobia	2.1 (1.48-3.01)[c]	0.9 (0.46-1.60)	3.4 (2.18-5.25)[c]	1.1 (0.75-1.69)	0.7 (0.35-1.33)	1.5 (0.91-2.57)
Social phobia	1.6 (1.15-2.21)[c]	0.9 (0.59-1.47)	2.3 (1.50-3.46)[c]	0.9 (0.61-1.32)	0.8 (0.49-1.34)	1.0 (0.59-1.67)
Specific phobia	1.8 (1.42-2.19)[c]	1.2 (0.89-1.60)	2.3 (1.79-3.00)[c]	1.2 (0.93-1.52)	1.1 (0.78-1.45)	1.3 (0.94-1.71)
Generalized anxiety	2.1 (1.40-2.87)[c]	1.0 (0.56-1.71)	3.0 (2.00-4.61)[c]	0.9 (0.58-1.36)	0.8 (0.41-1.44)	1.0 (0.62-1.68)
Any personality disorder	2.1 (1.85-2.44)[c]	1.2 (1.00-1.53)	3.2 (2.68-3.76)[c]	1.4 (1.18-1.66)[c]	1.0 (0.82-1.31)	1.8 (1.45-2.20)[c]
Avoidant	1.8 (1.32-2.44)[c]	0.8 (0.44-1.33)	2.8 (1.97-3.94)[c]	0.9 (0.60-1.23)	0.6 (0.33-1.10)	1.1 (0.71-1.57)
Dependent	2.7 (1.37-5.24)[c]	0.6 (0.15-2.11)	4.3 (2.01-9.29)[c]	0.8 (0.34-1.82)	0.3 (0.09-1.20)	1.0 (0.39-2.39)
Obsessive-compulsive	1.6 (1.29-1.93)[c]	1.1 (0.84-1.52)	2.1 (1.61-2.63)[c]	1.0 (0.76-1.23)	1.0 (0.75-1.38)	1.0 (0.70-1.30)
Paranoid	2.4 (1.96-3.04)[c]	1.2 (0.82-1.85)	3.4 (2.67-4.38)[c]	1.3 (0.97-1.66)	1.0 (0.61-1.49)	1.4 (0.97-1.87)
Schizoid	1.5 (1.09-2.01)[c]	0.7 (0.46-1.11)	2.3 (1.61-3.31)[c]	0.7 (0.49-0.99)[c]	0.5 (0.34-0.88)[c]	0.9 (0.55-1.31)
Histrionic	3.4 (2.50-4.67)[c]	1.4 (0.85-2.22)	4.8 (3.46-6.66)[c]	1.7 (1.16-2.47)[c]	1.0 (0.59-1.65)	1.8 (1.22-2.73)[c]
Antisocial	2.9 (2.35-3.67)[c]	1.5 (1.06-2.02)[c]	4.1 (3.16-5.20)[c]	1.5 (1.18-2.01)[c]	1.1 (0.74-1.54)	1.7 (1.26-2.34)[c]

[a] Odds ratios adjusted for age, race/ethnicity, sex, education, income, marital status, urbanicity, and geographic region.
[b] Odds ratios adjusted for age, race/ethnicity, sex, education, income, marital status, urbanicity, geographic region, and other psychiatric disorders.
[c] Odds ratio is significant.

Table 5. Adjusted Odds Ratios of Lifetime *DSM-IV* Alcohol Use Disorders and Other Psychiatric Disorders Controlling for Sociodemographic Characteristics and Comorbid Psychiatric Disorders

	Adjusted Odds Ratios (99% Confidence Intervals)					
	Sociodemographic Characteristics[a]			Sociodemographic Characteristics and Other Psychiatric Disorders[b]		
Comorbid Disorder	Alcohol Use Disorder	Alcohol Abuse	Alcohol Dependence	Alcohol Use Disorder	Alcohol Abuse	Alcohol Dependence
Any drug use disorder	10.4 (9.03-11.96)[c]	2.0 (1.75-2.28)[c]	7.6 (6.68-8.65)[c]	6.7 (5.79-7.77)[c]	1.7 (1.45-1.93)[c]	4.4 (3.81-5.03)[c]
Any drug abuse	7.6 (6.54-8.93)[c]	2.4 (2.10-2.79)[c]	4.4 (3.83-5.14)[c]	6.3 (5.35-7.40)[c]	2.1 (1.77-2.40)[c]	3.7 (3.14-4.33)[c]
Any drug dependence	15.9 (11.91-21.14)[c]	0.8 (0.63-1.10)	14.9 (11.78-18.84)[c]	8.9 (6.48-12.24)[c]	0.7 (0.50-0.91)[c]	8.0 (6.13-10.52)[c]
Nicotine dependence	4.9 (4.40-5.36)[c]	1.7 (1.55-1.94)[c]	5.4 (4.84-6.12)[c]	3.3 (2.96-3.62)[c]	1.5 (1.37-1.75)[c]	3.3 (2.94-3.75)[c]
Any mood disorder	2.4 (2.20-2.71)[c]	1.2 (1.03-1.30)[c]	3.4 (2.99-3.87)[c]	1.4 (1.24-1.59)[c]	1.0 (0.57-1.79)	1.7 (1.47-2.07)[c]
Major depressive disorder	1.9 (1.66-2.08)[c]	1.2 (1.03-1.34)[c]	2.2 (1.93-2.59)[c]	1.2 (1.09-1.41)[c]	1.1 (0.94-1.24)	1.4 (1.18-1.64)[c]
Bipolar I	3.5 (2.84-4.22)[c]	1.0 (0.77-1.32)	4.6 (3.72-5.79)[c]	1.5 (1.21-1.97)[c]	0.7 (0.54-0.97)[c]	2.1 (1.57-2.86)[c]
Bipolar II	2.6 (1.92-3.62)[c]	1.2 (0.82-1.68)	3.0 (2.13-4.31)[c]	1.6 (1.10-2.22)[c]	0.9 (0.64-1.39)	1.9 (1.30-2.78)[c]
Dysthymia	2.0 (1.63-2.38)[c]	1.0 (0.81-1.32)	2.6 (2.11-3.30)[c]	1.0 (0.80-1.25)	0.9 (0.70-1.19)	1.2 (0.90-1.51)
Any anxiety disorder	2.3 (2.11-2.61)[c]	1.2 (1.10-1.41)[c]	3.0 (2.68-3.35)[c]	1.5 (1.33-1.71)[c]	1.1 (0.99-1.31)	1.7 (1.43-1.92)[c]
Any panic disorder	2.4 (2.08-2.78)[c]	1.1 (0.92-1.37)	3.2 (2.76-3.71)[c]	1.1 (0.96-1.36)	0.9 (0.75-1.15)	1.3 (1.07-1.53)[c]
Panic with agoraphobia	2.5 (1.87-3.32)[c]	1.0 (0.64-1.45)	3.5 (2.56-4.92)[c]	0.8 (0.56-1.25)	0.7 (0.48-1.15)	1.0 (0.67-1.59)
Panic without agoraphobia	2.3 (1.95-2.71)[c]	1.2 (0.93-1.46)	2.9 (2.49-3.45)[c]	1.2 (1.03-1.49)[c]	1.0 (0.79-1.26)	1.3 (1.09-1.63)[c]
Social phobia	2.3 (1.94-2.76)[c]	1.2 (0.99-1.53)	2.7 (2.22-3.33)[c]	1.2 (1.03-1.50)[c]	1.1 (0.85-1.35)	1.2 (0.98-1.56)
Specific phobia	2.2 (1.90-2.47)[c]	1.2 (1.04-1.39)[c]	2.7 (2.32-3.13)[c]	1.3 (1.11-1.50)[c]	1.1 (0.90-1.23)	1.4 (1.16-1.68)[c]
Generalized anxiety	2.2 (1.80-2.63)[c]	1.1 (0.89-1.36)	2.8 (2.35-3.40)[c]	1.0 (0.77-1.22)	0.9 (0.74-1.16)	1.0 (0.81-1.32)
Any personality disorder	2.8 (2.52-3.11)[c]	1.3 (1.14-1.50)[c]	3.4 (3.05-3.82)[c]	1.5 (1.37-1.74)[c]	1.1 (0.93-1.25)	1.6 (1.40-1.90)[c]
Avoidant	2.0 (1.54-2.51)[c]	0.8 (0.53-1.09)	3.0 (2.33-3.93)[c]	0.7 (0.51-0.86)[c]	0.6 (0.39-0.83)[c]	1.0 (0.72-1.32)
Dependent	2.0 (1.22-3.40)[c]	0.7 (0.33-1.54)	3.1 (1.84-5.35)[c]	0.5 (0.23-1.02)	0.5 (0.21-1.10)	0.7 (0.35-1.33)
Obsessive-compulsive	2.1 (1.87-2.46)[c]	1.3 (1.06-1.48)[c]	2.5 (2.15-2.82)[c]	1.2 (1.04-1.42)[c]	1.1 (0.95-1.33)	1.1 (0.94-1.35)
Paranoid	2.8 (2.37-3.37)[c]	1.1 (0.87-1.33)	3.7 (3.07-4.56)[c]	1.1 (0.90-1.39)	0.8 (0.64-0.99)[c]	1.3 (1.04-1.70)[c]
Schizoid	2.3 (1.89-2.80)[c]	1.1 (0.88-1.49)	2.8 (2.25-3.50)[c]	0.9 (0.71-1.19)	0.9 (0.68-1.17)	0.9 (0.72-1.32)
Histrionic	3.9 (2.97-5.02)[c]	1.1 (0.84-1.57)	4.6 (3.52-6.08)[c]	1.5 (1.09-2.12)[c]	0.8 (0.57-1.13)	1.6 (1.17-2.32)[c]
Antisocial	6.5 (5.29-7.97)[c]	1.5 (1.20-1.88)[c]	5.4 (4.46-6.54)[c]	2.2 (1.73-2.90)[c]	1.0 (0.77-1.24)	1.7 (1.33-2.23)[c]

[a] Odds ratios adjusted for age, race/ethnicity, sex, education, income, marital status, urbanicity, and geographic region.
[b] Odds ratios adjusted for age, race/ethnicity, sex, education, income, marital status, urbanicity, geographic region, and other psychiatric disorders.
[c] Odds ratio is significant.

Annex-3. Associació del TP amb l'abús o dependència del alcohol, cànnabis i tabac segons NESARC

Table 2

Co-occurrence Rates of DSM-IV Lifetime Borderline Personality Disorder and Other 12-Month Psychiatric Disorders by Sex

	Prevalence of Borderline Personality Disorder Among Respondents with Other Psychiatric Disorder			Prevalence of Other Psychiatric Disorder Among Respondents with Borderline Personalit		
Psychiatric Disorder	Total % (SE)	Men % (SE)	Women % (SE)	Total % (SE)	Men % (SE)	Women % (SE)
Any substance use disorder	14.1 (0.49)	12.2 (0.62)	16.9 (0.81)*	50.7 (1.33)	58.1 (2.15)	44.5 (1.76)*
Any substance abuse	11.6 (0.85)	10.6 (1.02)	14.6 (1.57)	12.9 (0.95)	18.6 (1.75)	8.2 (0.95)*
Any substance dependence	25.5 (1.30)	23.4 (1.47)	29.8 (2.60)	21.0 (1.06)	28.8 (1.66)	14.5 (1.32)*
Any alcohol use disorder	14.7 (0.76)	13.6 (0.86)	17.6 (1.55)	24.2 (1.18)	35.1 (1.91)	15.1 (1.29)*
Alcohol abuse	6.9 (0.67)	6.6 (0.78)	7.6 (1.23)	6.2 (0.62)	9.7 (1.17)	3.3 (0.55)*
Alcohol dependence	24.2 (1.36)	22.6 (1.57)	27.6 (2.61)	18.0 (1.01)	25.4 (1.64)	11.8 (1.14)*
Any drug use disorder	32.1 (2.07)	28.3 (2.40)	39.5 (3.76)	13.0 (0.95)	16.8 (1.57)	9.9 (1.26)*
Any drug abuse	26.5 (2.29)	22.8 (2.89)	34.9 (3.78)	7.7 (0.71)	10.0 (1.27)	5.7 (0.79)*
Any drug dependence	45.8 (3.99)	42.7 (4.65)	50.5 (6.53)	6.3 (0.68)	7.9 (1.05)	5.1 (0.99)
Nicotine dependence	15.4 (0.62)	13.6 (0.83)	17.6 (0.95)*	36.4 (1.22)	37.8 (1.94)	35.2 (1.70)
Any mood disorder	29.4 (0.92)	34.5 (1.66)	26.7 (1.10)*	50.9 (1.24)	45.2 (2.03)	55.7 (1.71)*
Major depressive disorder	19.9 (1.11)	24.5 (2.28)	18.0 (1.27)	19.3 (0.97)	15.4 (1.43)	22.5 (1.50)*
Dysthymia	36.3 (2.86)	34.6 (4.66)	37.1 (3.56)	7.2 (0.64)	4.8 (0.79)	9.2 (0.98)*
Bipolar I	50.1 (1.07)	54.3 (3.52)	47.2 (2.21)	23.9 (1.12)	22.7 (1.90)	25.0 (1.40)
Bipolar II	39.4 (3.57)	47.1 (6.28)	35.5 (4.05)	5.8 (0.65)	5.2 (0.94)	6.3 (0.85)
Any anxiety disorder	21.5 (0.69)	25.0 (1.27)	19.9 (0.79)*	59.6 (1.33)	50.1 (2.09)	67.6 (1.61)*
Panic with agoraphobia	51.0 (3.68)	43.1 (6.13)	54.2 (4.52)	6.9 (0.64)	3.6 (0.68)	9.6 (1.09)*
Panic without agoraphobia	26.9 (2.28)	32.4 (4.04)	24.0 (2.67)	8.1 (0.73)	7.3 (1.07)	8.8 (1.04)
Social phobia	40.6 (1.80)	40.2 (3.25)	40.9 (2.17)	17.5 (1.11)	15.0 (1.40)	19.5 (1.44)
Specific phobia	19.3 (0.96)	18.6 (1.72)	19.7 (1.07)	24.7 (1.17)	16.2 (1.40)	31.7 (1.61)*
Generalized anxiety	35.6 (1.63)	43.5 (3.37)	32.2 (1.83)*	22.9 (1.13)	18.7 (1.60)	26.4 (1.57)*
Posttraumatic stress	28.6 (1.16)	32.3 (2.58)	27.0 (1.14)	31.6 (1.21)	23.6 (1.74)	38.2 (1.66)*

Note: SE = standard error.

*Prevalence for women significantly different from prevalence for men ($p < 0.01$).

Annex-4. Associació subgrups TLP amb impulsivitat

Tabla 3 | **Impulsividad y gravedad en subgrupos TLP**

	Desregulación Conductual TLP		Desregulación Afectiva TLP		Alteración Relacional TLP				
Impulsividad	media	(DT)	media	(DT)	media	(DT)	F	gl	p
BIS-11									
Impulsividad Cognitiva	18.7	(4.87)	18.1	(5.26)	19.4	(5.71)	0.70	2	0.489
Impulsividad Motora	23.5	(8.36)	23.8	(9.14)	23.1	(8.17)	0.08	2	0.926
Impulsividad No planificada	26.5	(7.45)	24.0	(8.01)	23.4	(7.34)	1.89	2	0.154
Puntuación Total	68.6	(16.44)	65.7	(17.08)	65.3	(15.37)	0.53	2	0.593
DIB-R									
Área impulsividad	4.54	(2.18)	4	(2.35)	3.02	(1.73)	6.70	2	**0.002**
Escala impulsividad	1.65	(1.12)	1.14	(1.19)	0.83	(1.08)	6.99	2	**0.001**
Gravedad	%	(n)	%	(n)	%	(n)	$\chi 2$	gl	p
Intentos Suicidio							6.69	4	0.153
Presencia General*	56.6	(26)	41.2	(21)	35.8	(19)			
Número ≥ 2**	45.7	(21)	27.5	(14)	22.6	(12)			
Conductas Autolesivas							3.31	4	0.507
Presencia General*	50	(23)	54.9	(28)	37.7	(20)			
Número ≥ 2**	41.3	(19)	45.1	(23)	30.2	(16)			
Ingresos Psiquiátricos							3.85	4	0.427
Presencia General*	36.9	(17)	33.3	(17)	22.6	(12)			
Número ≥ 2**	21.7	(10)	13.7	(7)	11.3	(6)			

Negrita = $p < 0.05$
*Presencia General: Presencia en general de intentos de suicido, conductas autolesivas o ingresos psiquiátricos
**Número ≥ 2: Número igual o superior a 2
BIS-11: Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale); DIB-R: Entrevista Diagnóstica para TLP – Revisada (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised)

Annex-5. Qüestionari escala impulsivitat de Baratt

Índice | Guardar | Imprimir | Borrar | Calcular

16. Escala de Impulsividad de Barratt
(Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones. Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.)

	Raramente o nunca (0)	*Ocasionalmente (1)*	*A menudo (3)*	*Siempre o casi siempre (4)*
1. Planifico mis tareas con cuidado	☐	☐	☐	☐
2. Hago las cosas sin pensarlas	☐	☐	☐	☐
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	☐	☐	☐	☐
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	☐	☐	☐	☐
5. Planifico mis viajes con antelación	☐	☐	☐	☐
6. Soy una persona con autocontrol	☐	☐	☐	☐
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	☐	☐	☐	☐
8. Ahorro con regularidad	☐	☐	☐	☐
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo	☐	☐	☐	☐
10. Pienso las cosas cuidadosamente	☐	☐	☐	☐
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)	☐	☐	☐	☐
12. Digo las cosas sin pensarlas	☐	☐	☐	☐
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	☐	☐	☐	☐
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)	☐	☐	☐	☐
15. Actúo impulsivamente	☐	☐	☐	☐
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	☐	☐	☐	☐
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	☐	☐	☐	☐
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	☐	☐	☐	☐
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	☐	☐	☐	☐
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	☐	☐	☐	☐
21. Compro cosas impulsivamente	☐	☐	☐	☐
22. Termino lo que empiezo	☐	☐	☐	☐
23. Camino y me muevo con rapidez	☐	☐	☐	☐
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	☐	☐	☐	☐
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	☐	☐	☐	☐
26. Hablo rápido	☐	☐	☐	☐
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	☐	☐	☐	☐
28. Me interesa más el presente que el futuro	☐	☐	☐	☐
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)	☐	☐	☐	☐
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	☐	☐	☐	☐

Annex-6.Enquesta sociodemogràfica(realització pròpia):

1.Edat: _____

2.Sexe: Masculí ☐ Femení ☐

3.Estat civil

- Solter/a _____
- Casat/a _____
- Divorciat/a _____
- Vidu/a _____

4.Nivell educatiu

- Cap tipus d'estudi _____
- Estudis bàsics _____
- Cicle formatiu/batxillerat _____
- Estudis universitaris _____

5.Ocupació

- Empleat _____
- Desempleat _____
- Atur _____

6.Nivell socioeconòmic

- Baix _____
- Mig _____
- Alt _____

7.Persones amb qui conviu

- Sol/a _____
- Parella _____
- Fills _____
- Parella i fills _____
- Altres familiars _____

Annex-7. Qüestionari escala de consum de drogues

ANEXO. ESCALA DE CONSUMO DE DROGAS (ESCON)

ESCON (ESCALA DE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS)*.

(José A. García del Castillo, C. López-Sánchez, Mónica Gázquez y Álvaro García del Castillo-López)

Las cuestiones que te presentamos a continuación, se refieren al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, si es tu caso. Este cuestionario es anónimo, por favor, si decides rellenarlo contesta con total SINCERIDAD.

1. Basándote en la cantidad de tabaco, alcohol y otras drogas que consumes actualmente, dónde te situarías en una escala de 0 a 10 (0 ausencia de consumo y 10 consumo máximo):

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐

2. ¿Fumas?:
1 ☐ Sí.
2 ☐ Muy rara vez.
3 ☐ No.

3. En caso de que fumes, ¿qué cantidad de tabaco consumes a diario?: _____ (nº de cigarrillos diarios).

4. ¿Bebes alcohol?:
1 ☐ Sí.
2 ☐ Muy rara vez.
3 ☐ No.

5. En caso de consumir bebidas alcohólicas, indica:
1 ☐ No bebo.
2 ☐ Muy rara vez.
3 ☐ Sólo en las comidas.
4 ☐ Sólo fines de semana.
5 ☐ Sólo en celebraciones: fiestas y reuniones.
6 ☐ Todos los días.

6. ¿Qué cantidad de vino bebes semanalmente? (Especifica número de vasos):_____ (1L = 5 vasos).

7. ¿Qué cantidad de cerveza bebes semanalmente? (Especifica número de botellines o cañas): _____ (1L = 5 cañas).

8.¿Qué cantidad de otras bebidas alcohólicas, solas o combinadas, bebes semanalmente? (güisqui, ginebra, licor, coñac, ron, etc.): _____ (número de copas, se entiende una copa bien sola o combinada de refresco de cola, etc.)

9. ¿Cuántas veces, aproximadamente, te has emborrachado?:
1 ☐ Nunca.
2 ☐ Una vez.
3 ☐ Entre dos y seis veces.
4 ☐ Más de seis veces.
5 ☐ Son tantas, que he perdido la cuenta.

10. ¿Tomas estimulantes?:
1 ☐ Sí.
2 ☐ Muy rara vez.
3 ☐ No.

11. En el caso de que tomes estimulantes, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).

12. ¿Tomas tranquilizantes?:
1 ☐ Sí.
2 ☐ Muy rara vez.
3 ☐ No.

13. En el caso de que tomes tranquilizantes, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).

14. ¿Tomas analgésicos?:
1 ☐ Sí.
2 ☐ Muy rara vez.
3 ☐ No.

15. En el caso de que tomes analgésicos, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).

16. ¿Tomas marihuana?:
1 ☐ Sí.
2 ☐ Muy rara vez.
3 ☐ No.

17. En el caso de que tomes marihuana, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de porros).

18. ¿Tomas cocaína?:
1 ☐ Sí.
2 ☐ Muy rara vez.
3 ☐ No.

19. En el caso de que tomes cocaína, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de gramos).

20. ¿Tomas heroína?:
1 ☐ Sí.
2 ☐ Muy rara vez.
3 ☐ No.

21. En el caso de que tomes heroína, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).

22. ¿Tomas drogas sintéticas?:
1 ☐ Sí.
2 ☐ Muy rara vez.
3 ☐ No.

23. En el caso de que tomes drogas sintéticas, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).

24. Indica con una "X", la casilla que corresponda a tu consumo:

	Nunca	Muy rara vez	Mensualmente	Semanalmente	A diario
Tabaco					
Alcohol					
Estimulantes					
Tranquilizantes					
Analgésicos					
Marihuana					
Cocaína					
Heroína					
Drogas sintéticas					
Otras (especificar)					

* Los autores de esta escala son miembros del Grupo de Investigación PREVENGO, de la Universidad Miguel Hernández.

Annex-8.Full d'informació i consentiment informat

Títol : La relació entre la impulsivitat dels pacients amb TLP i el consum de substàncies

1. Informació sobre aquest document

Vostè és convidat a participar en l'estudi d'investigació que porta per títol "La relació entre la impulsivitat dels pacients amb TLP i el consum de substàncies".

Aquest document li aporta informació important i necessària sobre aquest estudi.

És necessari fer-li saber que les investigacions en persones es porten a terme sota els principis següents:

1. Formar part de l'estudi és completament voluntari. Això significa que no ha de participar si no ho desitja.
2. Si decideix participar i en un futur canvia d'opinió, té dret a deixar l'estudi sense cap penalització.

2. Informació general sobre l'estudi i investigadors

2.1. Títol de l'estudi: La relació entre la impulsivitat dels pacients amb TLP i el consum de substàncies

2.2. Institució que participa en l'estudi: Hospital Sagrat Cor de Martorell

2.3. Nombre de l'investigador/a principal d'aquest estudi: Sergi Alba Granell

3. Objectiu de l'estudi

Analitzar la influència de la impulsivitat dels pacients amb TLP en el consum de substàncies segons els factors sociodemogràfics.

Analitzar la freqüència de consum de substàncies que realitzen els pacients amb TLP.

Analitzar els diferents tipus de substàncies que consumeixen els pacients amb TLP.

Analitzar la quantitat de substàncies que consumeixen els pacients amb TLP.

4. Informació sobre els participants

4.1. Qui pot participar en aquest estudi?

Els pacients d'entre 20-35 anys ingressats a la Unitat de Patologia Dual de Martorell amb els diagnòstics de TLP-TUS segons els criteris del DSM-5.

5. Procediments de l'estudi

5.1. Quina classe de procediments se li realitzaran?

Se'ls hi demanarà que completin tres tipus d'enquestes diferents, on es valoraran les dades sociodemogràfiques, la seva impulsivitat , el tipus de substàncies que consumeixen, la seva freqüència i quantitat.

5.2. Quant temps és necessari per a realitzar aquest estudi?

El temps que triguin els pacients a realitzar les enquestes.

6. Informació sobre riscos i beneficis de l'estudi

6.1. Quins riscos corro si participo en aquest estudi?

Cap risc.

6.2. Quins beneficis puc obtenir participant en aquest estudi? Poden altres persones beneficiar-se d'aquest estudio?

Els beneficis que pot aportar aquest estudi són diversos, com tindre un millor coneixement sobre la patologia que pateixen i alhora en un futur saber abordar-la de la millor manera possible per a una evolució òptima del pacient.

7. Confidencialitat de dades

Les dades de les persones recollides en el present estudi seran manejades per_____ _____ a _____.

Aquestes dades estan sotmeses a la legislació vigent: *Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/ 1999, de 13 de diciembre* i *Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

Els resultats es comunicaran en els mitjans habituals de difusió científica, incloent presentacions orals o en format pòster en Congressos, Jornades o altres reunions d'interès

científic; publicacions tècniques i altres mitjans de divulgació professional, salvaguardant sempre la intimitat de la persona, tant pel que fa a les dades com a les imatges que s'obtinguin.

Si necessita més informació sobre aquest estudi, pot contactar amb l'investigador responsable, Sergi Alba Granell al centre FUB Manresa. Tel. 681046266.

Mail: sag17.95@gmail.com

Se li recorda que la seva participació en l'estudi és totalment voluntària.

8. Document de consentiment

Jo, _____ amb DNI _____ he llegit i comprès la informació anterior i les meves preguntes han sigut respostes de manera satisfactòria. He sigut informat i entenc que les dades obtingudes en l'estudi poden ser publicades o difoses amb fins científics.

Accepto participar en aquest estudi d'investigació i rebré una còpia firmada i datada d'aquest consentiment.

Data:

Telèfon del participant:

Firma del participant Firma de l'investigador

Annex-9.Carta al comitè ètic d'investigació clínica

1. Investigador principal.

Nom i cognoms: Sergi Alba Granell	
Servei: Infermeria	Telèfon de contacte: 681046266
Correu electrònic: sag17.95@gmail.com	

2. Títol de l'estudi:

La relació entre la impulsivitat dels pacients amb TLP i el consum de substàncies.

3. ¿ Es sol·licita accés a històries del arxiu de l'hospital?

No es necessari accedir a les històries de l'arxiu hospitalari, simplement realitzar unes enquestes a pacients d'entre 20-35 anys amb diagnòstic de TLP-TUS en la Unitat de Patologia Dual amb la durada d'un any.

4. ¿Es disposa de finançament extern al projecte?

Tot el finançament va a càrrec de la persona que realitza el projecte.

5. Documentació que s'adjunta

- Copia del projecte d'investigació

L'investigador principal sol·licita autorització per a la realització del projecte anteriorment citat, i es compromet al compliment de la normativa aplicable al mateix, incloent la LO 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal i el RD 1720/2007, de 21 de de Desembre, pel que s'aprova el reglament de desenvolupament de la LO 15/1999.

Data:

Signatura: