



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



## **Trabajo Fin de Grado**

**La disminución en el consumo de alcohol disminuye el número de recaídas en consumidores de cocaína: Una revisión sistemática.**

Alumno: Francisco García Ojeda

Director: Soledad Ferreras Mencía

## Índice

Resumen .....	4
Abstract.....	4
Presentación .....	5
Estado de la cuestión .....	6
1. Drogadicción (histórico/actual) .....	6
2. Conceptos básicos de la drogodependencia.....	7
2.1 Tipos de consumo .....	8
3. Clasificación de sustancias.....	9
4. Cocaína .....	10
4.1 Formas de presentación .....	10
4.2 Vías de administración.....	11
4.3 Efectos cardiovasculares .....	12
5. Relación entre el consumo de alcohol y cocaína .....	13
6. Justificación.....	15
Revisión sistemática .....	17
1. Objetivo general .....	17
2. Objetivos específicos .....	17
3. Pregunta de revisión (picot).....	17
4. Criterios metodológicos .....	17
5. Metodología .....	18
5.1 Estrategias de búsqueda .....	18
5.2 Selección de estudios.....	19
5.3 Evaluación crítica.....	20
5.4 Extracción de datos .....	21
5.5 Síntesis de resultados .....	21
6. Limitaciones .....	22
7. Cronograma .....	22
8. Bibliografía .....	24
Anexos.....	27

Anexo 1.....	28
Anexo 2.....	32
Anexo 3.....	33
Anexo 4.....	34
Anexo 5.....	35

## Resumen

En este trabajo se recoge la importancia de la asociación entre el consumo de drogas, especialmente centrado en el consumo de alcohol y cocaína. Tras los diferentes estudios encontrados sobre el tema, se desglosa una multitud de apartados de interés que nos sirven para conocer en profundidad la situación actual en el consumo de drogas.

En este estudio se intenta exponer la relación existente entre el consumo de alcohol y cocaína, para conocer si las personas que consumen cocaína provienen de un consumo previo de alcohol, así como conocer si aumentara la probabilidad de recaídas en el consumo de cocaína en aquellas personas consumidoras de alcohol en periodo de rehabilitación.

Palabras clave: alcoholismo, cocaína, rehabilitación, terapia, diagnóstico, trastornos relacionados con la cocaína.

## Abstract

This work reflects the importance of the association between drug use, especially focused on cocaine and alcohol consumption. After describing the different studies found on the subject a wide range of points are detailed, which serve to understand in depth the current situation as regards the consumption of drugs

This study attempts to demonstrate the relationship between alcohol and cocaine consumption, its useful to know if people who consume cocaine come from a previous consumption of alcohol, as well as to know if the likelihood of relapse in terms of cocaine consumption will increase among those people who drink alcohol during rehabilitation.

Keywords: alcoholism, cocaine, rehabilitation, therapy, diagnosis, cocaine-related disorder.

## Presentación

El trabajo lo he elaborado sobre el consumo de drogas, específicamente de alcohol y cocaína, en aquellos pacientes drogodependientes, los cuales se encuentran en situaciones comprometidas para poder conseguir una rehabilitación adecuada. La gran mayoría de estas circunstancias comienzan por problemas sociales y económicos, donde la persona es incapaz de sobrellevar su vida de manera normal y opta por utilizar otras vías que le aíslen del mundo que le rodea.

Son personas cuya vida está destruida, no tienen nada porque lo han perdido todo, son personas que han cambiado todo por consumir, y ahora en el proceso de rehabilitación se encuentran solos, o con poco apoyo, y no logran recuperarse de ello. Su vida se basa exclusivamente en consumir, y su única preocupación diaria es consumir.

Pero, llega un día en su vida en el que se percata de lo que ocurre realmente, en medio de la soledad, una soledad que no se llena con nada, una soledad que devora por dentro y es difícil controlar, una realidad que no pueden afrontar. Con ello, llega la ansiedad, la depresión, y otros trastornos relacionados con las sustancias, y se ven indefensos cuando quieren hacer frente a la realidad.

Todo ello, lo vivo con mucha pasión porque un familiar cercano ha estado en esta situación, y es muy triste ver a un ser querido sufriendo por no poder deshacerse del consumo de drogas.

Es por ello por lo que me lancé a realizar este trabajo, para poder conocer más sobre la situación, sus características más complejas, y llegado el momento, poder poner en práctica lo aprendido.

Debido a que aquella situación de mi vida me impactó tanto, quise aprender sobre el tema para conocerlo todo, y así poder ayudar a aquellas personas que pasaron por la misma situación que mi allegado, ya que en ese momento de mi vida, no tenía la capacidad de entender lo que realmente pasaba, y mucho menos de ayudarlo a superarlo.

Quisiera agradecer en este apartado a todas las personas que confiaron en mí, y que me han apoyado para llegar a cumplir mi sueño, que no es otro que ser enfermero. Gracias a mi familia y a mis amigos por depositar en mi vuestra confianza plena, gracias a vosotros, hoy cumplo mi sueño.

## Estado de la cuestión

### 1. Drogadicción (histórico/actual)

Desde el comienzo de los tiempos, el ser humano ha utilizado diversas sustancias para el consumo propio, llegándose a utilizar con diferentes fines, tales como rituales, medios medicinales, o como medio de ocio y socialización. Su influencia varía atendiendo al área geográfica en la que se encuentra así como el género en el que se agrupan, siendo más habituales en hombre que en mujeres (Cougler, Hakes, Macatee, Zvolensky & Chavarria, 2016).

Actualmente las personas han ido transformando su comportamiento atendiendo a la sociedad actual, estableciéndose regímenes y clasificaciones de todas las sustancias disponibles, diferenciando desde las que se consiguen con receta médica, pasando por aquellas legales de su compra y venta como el tabaco y el alcohol, hasta aquellas adquiridas desde el mercado negro.

Pino (2018) expresa en su tesis doctoral, uno de los problemas actuales en el consumo, basado en la percepción del riesgo que se tiene de este, en la que cada vez más, la población obvia los efectos dañinos y perjudiciales que tienen las diferentes sustancias para su salud, por la cual se sigue consumiendo.

Es por ello por lo que se elabora esta revisión sistemática, para conocer en profundidad todos los aspectos relevantes acerca del consumo de sustancias, específicamente adentrándonos en el consumo del alcohol y el consumo de cocaína.

Para introducirnos directamente con el consumo de drogas en nuestro país, se elabora una tabla, que recoge la incidencia de consumo en personas:

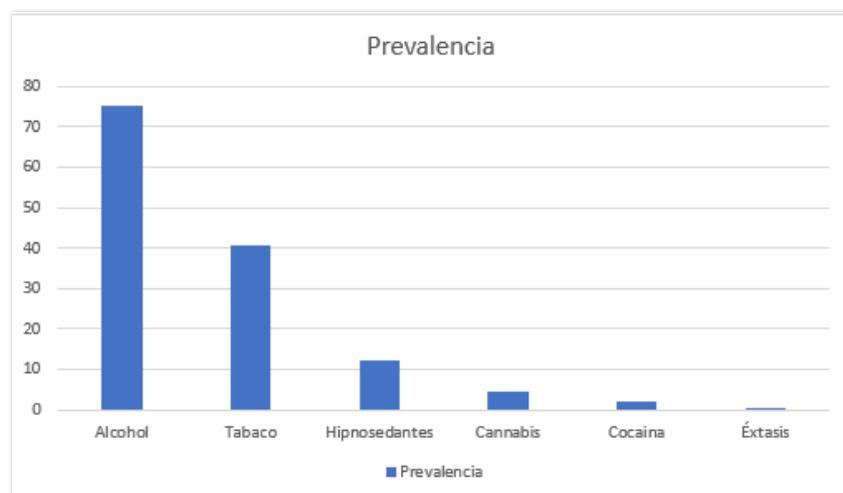


Figura 1. Prevalencia del consumo de drogas (15-64 años). Adaptado de Plan Nacional de Drogas (2017-2018).

En ella se puede observar el creciente indicio de consumo de alcohol por parte de la población, debido a que, en nuestra cultura, se identifica en gran medida ese consumo con acciones recreativas o sociales, llegando en ocasiones a realizar un uso indiscriminado de la misma. Por otra parte, en menor medida y en quinta posición, se encuentra la cocaína, aunque su incidencia sea menor, está estrechamente ligada con el consumo previo de alcohol.

Una vez que conocemos mejor cómo se agrupa la incidencia del consumo de las diferentes drogas en España, nos introducimos más en materia de estudio, tanto en el consumo de alcohol como el de la cocaína, para conocer así mejor la prevalencia de dichas sustancias en nuestro territorio. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017) establece la incidencia correspondiente al consumo de alcohol para personas de 15-65 años al menos una vez por semana, incidiendo en que la mitad de los hombres llegan a consumir alcohol una vez por semana mínimo, mientras que sólo un cuarto de las mujeres refiere ese mismo consumo.

Al mismo tiempo, El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, también referencia el consumo de cocaína consumido entre 15-65 años durante todo el año, siendo de un 3.4% en hombres, y de un 1% en mujeres.

Como se puede observar, los hombres tienen un consumo de alcohol mayor que las mujeres, es por ello por lo que tienen mayores probabilidades de tener un consumo posterior de cocaína.

Actualmente, aunque el nivel de consumo de la cocaína decrezca, existen múltiples factores de riesgo atribuidos al consumo de cocaína, que pueden provocar la aparición de enfermedades como el VIH y VHC, así como su posterior transmisión por contacto sexual. de ahí, que el riesgo aumente considerablemente, ya que hay personas expuestas que no consumen cocaína que pueden adquirirla por tener una pareja que consume drogas, lo que puede derivar en un contagio mayor. (Roy, Arruda, Jutras-Aswad, Berbiche, Perreault, Bertrand, Dufour, Bruneau, 2017)

## **2. Conceptos básicos de la drogodependencia**

Para comprender adecuadamente cómo se disponen y clasifican las sustancias, es primordial explicar cierta terminología para que se tenga una mayor familiaridad en su comprensión. ¿Qué conceptos se deben conocer dentro del ámbito de la drogodependencia?

En primer lugar, es importante diferenciar 3 términos imprescindibles: tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (Rodríguez, 2018).

- La **tolerancia**, consiste en la capacidad que tiene un organismo para adaptarse a una sustancia consumida de manera habitual, consiguiendo unos niveles estables dentro de este. Para que estos niveles se mantengan y proporcionen la misma sensación que al principio del consumo, se requieren de dosis cada vez mayores para obtener el mismo resultado
- La **dependencia**, puede ser clasificada como física y psíquica:
  - o La **dependencia física**, consiste en la necesidad del usuario a mantener los niveles de la sustancia en el organismo de manera estable, si este proceso se interrumpe aparecería el síndrome de abstinencia.
  - o La **dependencia psíquica**, es el deseo e impulsividad de consumir la sustancia, independientemente de sus niveles en el organismo. Concepto muy relacionado con el “craving” (consumo masivo de la sustancia en un periodo corto de tiempo).
- El **síndrome de abstinencia** es aquella sintomatología que aparece en el individuo cuando ha dejado de consumir la sustancia, y el propio organismo le demanda dicha sustancia, al no incorporarla de nuevo al organismo aparecen síntomas como sudor, ansiedad, temperatura elevada, taquicardia...

## 2.1 Tipos de consumo

No toda persona que consume drogas tiene que ser catalogado por defecto como un drogodependiente, ya que dependiendo del uso o abuso que realice de la sustancia, puede ser interpretable su forma de consumo. Es por ello, que para poder diferenciar entre una persona que lleve a cabo un uso de la sustancia, con respecto aquella que realice un abuso de esta, es primordial conocer que tipos de consumo existen (Rodríguez, 2018).

- **Ocasional**, este consumo se lleva a cabo en momentos determinados, predominantemente relacionados con el grupo social con el que se relacione así como sus prácticas habituales, suele ser un consumo esporádico que se utiliza con fin relacional. En este caso se habla de un uso de la sustancia.
- **Experimental**, este consumo se lleva a cabo como deseo de experimentar sensaciones nuevas, normalmente son para aquellos usuarios más noveles en este ámbito, en la que solo quieren experimentar los efectos y sensaciones de las sustancias, y posteriormente no tener un uso continuado de la misma. Al igual que el anterior apartado, también se cataloga como uso de la sustancia.
- **Habitual**, en este caso, hace referencia al usuario que tiene un patrón continuo de consumo, el cual el consumo de esta forma parte de su día a día, es intrínseco a su estilo de vida. Por ello, este consumo se cataloga con el nombre de abuso.

- **Compulsivo**, es un consumo exacerbado, en la que el individuo ansía el consumo en grandes cantidades o de forma más continuada o prolongada, donde la droga no se configura como parte de su vida, sino que la droga es su vida, no desea otra cosa en su devenir diario que el consumir. Al igual, que la anterior se conforma como consumo de abuso, pero con un mayor potencial de riesgo.

### 3. Clasificación de sustancias

Las sustancias tienen una gran variedad de clasificaciones atendiendo al ámbito que se quiera trabajar, desde clasificaciones basadas en sus efectos hasta aquellas agrupadas por estructura química.

Uno de los problemas actuales de clasificación de las sustancias consiste en que la gran mayoría de estas, solo atienden a un parámetro, sin correlación entre la multitud de variables que existen, centrándose solo en una, obviando el resto.

Por ello, Pons Diez (2008) recoge en su artículo una clasificación de las sustancias psicoactivas que ofrece mayor variabilidad y expresa de forma más completa, cómo se pueden agrupar las sustancias, atendiendo tanto a su legalidad como su aceptación social. De esta manera, se puede diferenciar en tres apartados:

- **Sustancias institucionalizadas**: en ella se encuentran aquellas sustancias que se encuadran dentro del margen legal, permitidas a partir de la mayoría de edad, las cuales suelen estar valoradas positivamente, o al menos no negativamente, dentro de la sociedad. Como ejemplo se pueden recoger el tabaco y el alcohol.
- **Sustancias no institucionalizadas**: son aquellas sustancias no consideradas legales, donde la sociedad tiene una visión negativa de las mismas, en ella se encuentran la heroína o la cocaína.
- **Sustancias institucionalizadas con posibilidad de uso desviado**: son aquellas sustancias que se obtienen dentro de la legalidad, a partir de prescripciones médicas, de las cuales se realiza un uso indiscriminado, alejada de su finalidad fundamental, entre ellas se pueden encontrar ansiolíticos y antidepresivos. Con respecto a su aceptación social, suelen ser criticadas, pero en menor grado que las no institucionalizadas.

Es destacable cómo la percepción social puede alterar la magnitud o severidad de ciertas sustancias (Vannan, Powell, Scott, Neisewander, 2018), como se puede observar, aquellas sustancias que menos daño provocan o cuyas consecuencias fisiológicas son más leves (o aparentan ser más leves), están incluidas como aquellas que mejor aceptación social tienen,

cuando la mayoría de las personas tienen problemas de salud principalmente por dos sustancias: el tabaco y el alcohol.

Como pudimos apreciar anteriormente, el alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas por la población, y, sin embargo, son las que mayor aceptación social tienen.

No obstante, estas dos sustancias en concreto van más allá de lo que hoy conocemos, ya que, en España, “el beber” o “el fumar”, son prácticas tan comunes de nuestro día a día, que para la población se han convertido en hábitos cotidianos, pero que se constituyen como las primeras sustancias a consumir que provocan enfermedades graves como EPOC, trastornos hepáticos y pancreáticos, bronquitis...

Tan cotidianos han sido estos actos, que la población para conseguir dejar de fumar ha recurrido a otras prácticas como son los cigarrillos electrónicos, los cuales tienen un margen de nicotina inferior a los cigarrillos con lo que la persona cada vez depende menos de los cigarrillos. Sin embargo, el impulso mediático y social que ha supuesto la implantación de estos cigarrillos electrónicos ha provocado el efecto adverso, donde la población se introduce al consumo de tabaco por los cigarrillos electrónicos (Ramoá, Eissenberg, Sahingur, 2017).

## **4. Cocaína**

Como ya hemos visto anteriormente, la cocaína se encuentra dentro del grupo de sustancias no institucionalizadas, aquellas ilegales y con baja aceptación social. La cocaína es un alcaloide natural que se puede obtener de la planta de coca, la cual aporta un efecto estimulante para la persona que la toma, y su localización más usual se sitúa en aquellas localidades del Sur de América, como por ejemplo en Perú y Colombia (Monterrey, 2017).

Según Lizasoain, Moro, & Lorenzo (2002), es importante conocer la forma de presentación en la que se encuentra la cocaína, ya que dependiendo de su estado y por la vía a la que sea administrada, variará su farmacocinética, y por tanto, la absorción, los efectos, el tiempo de latencia... Con respecto a su mecanismo de acción, inhibe la recaptación de neurotransmisores de la noradrenalina, serotonina y dopamina, lo que permite que estos se mantengan durante mayor tiempo en el espacio sináptico.

### **4.1 Formas de presentación**

Atendiendo al artículo de Lizasoain et al (2002), se puede conocer las variadas formas de presentación de esta sustancia:

- **Hojas de cocaína:** son aquellas que se mastican directamente por lo que la absorción dependerá del primer paso hepático y la absorción de la cocaína por vía bucal o sublingual in situ en el momento de la ingestión.
- **Clorhidrato de cocaína:** corresponde a la “sal” de la cocaína que se obtiene a partir del ácido clorhídrico, de esta manera su vía de administración más frecuente es por vía intranasal, aunque también hay preparados inyectables, pero estos últimos son menos frecuentes.
- **Pasta de cocaína:** es el primer producto resultante en el proceso de elaboración a partir de la hoja de cocaína, se consigue por un proceso de maceración de las hojas de cocaína, se administra frecuentemente fumándola.
- **Cocaína base o crack:** este producto se consigue a partir de una mezcla entre una solución básica, como el amoníaco y clorhidrato de cocaína. De esta forma se posibilita dos formas de uso.
  - o La primera se realiza por la inhalación de los gases resultantes en el proceso de elaboración de la cocaína base.
  - o La segunda, conocida mayormente como crack, incluye en el proceso de elaboración la introducción de bicarbonato, que posteriormente se endurecerá, con una estructura parecida al yeso, y de ahí se podrá extraer en forma de polvo.

## 4.2 Vías de administración

Indave Ruiz (2017), informa sobre la relación existente entre la forma de presentación y la vía utilizada para la administración de la sustancia.

- En primer lugar, puede consumirse de forma **oral**, correspondiéndose con la ingestión de las plantas de cocaína descritas anteriormente. Debido a que su efecto depende del primer paso hepático, suele ser una vía poco efectiva en cuanto a resultados deseados.
- En segundo lugar, puede ser consumida por vía **nasal**, de manera que se esnife. En ella se encuentra como consumo habitual el clorhidrato de cocaína, conformada por partículas de polvo que se inhalan directamente por la nariz, su efecto es inmediato y efectivo ya que las mucosas, al estar altamente irrigadas, es absorbido rápidamente por el organismo, es la forma más frecuente en el consumo de cocaína.
- En tercer lugar, se encuentra la vía **pulmonar**, consiste en fumar la cocaína. A partir de esta vía, la forma más utilizada de presentación de la sustancia es la pasta de coca o crack. Generalmente se fuma como un cigarro, mezclado con tabaco u otras sustancias. Al igual que la anterior, su efecto es rápido y eficaz ya que es absorbido

por los alveolos pulmonares, que en conexión con los capilares pulmonares, se absorben por difusión.

- Por último, puede ser administrada por **inyección**. Habitual en consumo de crack o clorhidrato de cocaína, pero su uso es menos frecuente, ya que entraña mayor número de riesgos al administrarse, así como su baja aceptación social, es una vía poco utilizada por todo el contexto cultural que conlleva.

### 4.3 Efectos cardiovasculares

Las consecuencias que produce el consumo de cocaína son múltiples y variadas, pero una de las más importantes a nivel fisiológico corresponde con las alteraciones que puedan suceder a nivel cardiovascular. Es por ello, que a raíz de Kim & Park (2019), se puede diferenciar dichos efectos en función del área en el que actúen, de esta manera podemos diferenciar entre aquellos efectos que incidan directamente en el corazón y los que actúan a nivel de los vasos sanguíneos.

<b>Efectos de la cocaína: el corazón</b>	<b>Efectos de la cocaína: los vasos sanguíneos</b>
<b>Arritmias:</b> se produce un aumento de la frecuencia cardíaca con acidosis debido a la inhibición de los canales de sodio, o una taquicardia ventricular o retardo de la despolarización por inhibición de los canales de potasio.	<b>Hipertensión:</b> se produce por la inhibición de la recaptación de noradrenalina que incrementa la vasoconstricción, alterando los niveles de sodio y potasio.
<b>Infarto agudo de miocardio:</b> se produce por un aumento de la frecuencia cardíaca, hipertensión, mayor contractibilidad; que puede ocasionar un desajuste entre el oxígeno recibido y el demandado, provocando alteraciones y favoreciendo la trombosis.	<b>Arterioesclerosis:</b> se produce por un aumento de células adhesivas como grasa y colesterol en las paredes arteriales, dificultando el movimiento sanguíneo, favoreciendo el taponamiento las arterias.

<p><b>Cardiomiopatía:</b> entre otras alteraciones podemos incluir miocarditis, hipertrofia del ventrículo izquierdo y depresión miocárdica.</p>	<p><b>Trastorno de la arteria coronaria:</b> se produce por la estimulación de los receptores adrenérgicos promoviendo vasoconstricción y trombosis coronaria.</p>
--	--

**Tabla 1.** Acute and chronic effects of cocaine on cardiovascular health. Adaptado de Kim & Park (2019).

Por otra parte, el consumo combinado de la cocaína con otras sustancias pueden influir de manera totalmente diferente a nivel fisiológico, como por ejemplo, en combinación con el alcohol, produciendo efectos sinérgicos, antagónicos o nulos (Higgins, Rush, Bickel, Hughes, Lynn, Capeless, 1993). Como resultado, además de variar las constantes vitales como la frecuencia cardiaca o la tensión arterial, es posible encontrar cambios a nivel cognoscitivo, obteniendo como resultados estados de somnolencia, estupor o coma; o por el contrario una activación psicomotora y agitación (Angarita, Emadi, Hodges, Morgan, 2016).

Otras de las alteraciones que con más frecuencia suceden con el consumo de la cocaína son los accidentes cerebrovasculares, que debido a su consumo, alteran la vascularización normal del organismo y por consiguiente la del cerebro, que a causa de un menor aporte de sangre no sea capaz de producir el oxígeno suficiente para seguir funcionando, produciendo el ACV. (Cheng, Ryan, Qadwai, Shah, Sparks, Wozniak, Stern, Phipps, Cronin, Madger, Cole, Kittner, 2016).

## 5. Relación entre el consumo de alcohol y cocaína

Anteriormente se realizó una referencia al consumo de las polisustancias como recurso más habitual en nuestra sociedad. Sin embargo, numerosos artículos datan que hay una relación intrínseca entre un consumo previo de alcohol, con un posterior consumo de cocaína. (Marks, Pike, Stoops & Rush, 2015).

Uno de los síntomas que mayormente se destacó de la relación en el consumo de estas sustancias, fue el síndrome de abstinencia que se ocasionaba por falta de consumo, que debido a su sinergia, era aún mayor que si dichas sustancias se consumieran individualmente (Byrne & Petry, 2011). En el estudio llevado a cabo por Gossop, Manning & Ridge (2006), se pudo observar que dependiendo de la forma de presentación de la cocaína y del orden con el que se administraba junto con el alcohol, repercutían de manera diferente en el

comportamiento del individuo, es decir, aunque las sustancias fueran las mismas, el orden y la forma en el que se contenían podía regular la conducta de forma diferente.

En numerosas ocasiones surgen conflictos dentro del propio individuo que posibilita el consumo de estas sustancias, aunque se debe determinar previamente la causa u origen del porqué del consumo, ya que se debe identificar si el consumo es anterior a cualquier alteración de la conducta o viceversa. Actualmente surge un nuevo término para denominar el consumo de sustancias a la par que se tiene una alteración psicológica o de conducta, como esquizofrenia, trastorno bipolar..., a este término se le conoce como patología dual. (Arias, Szman, Vega, Mesias, Basurte & Rentero, 2017).

Liu, Williamson, Setlow, Cottler & Knackstedt (2018), realizaron un estudio para determinar las relaciones más influyentes entre el consumo de diversas sustancias, ahondando sobre el consumo de alcohol, cocaína y cannabis, y establece porcentajes numéricos sobre la asociación entre ellos.

Los resultados muestran que el consumo de alcohol y cocaína es el más habitual, ya que existe una sinergia entre los metabolitos de ambas sustancias, por detrás de esta se encuentra el consumo simultáneo de cocaína y cannabis.

En el estudio de McKay, Alterman, Rutherford, Cacciola & McLellan (1999) se realiza una evaluación entre el consumo de alcohol con las recaídas en el consumo de cocaína. Se establecen dos grupos, en ambos los pacientes han sido consumidores de alcohol, por lo que en uno de ellos se encuentran los consumidores de alcohol más recientes, y en otros los que el consumo de alcohol es más lejano, es por ello, que se establece una mayor asociación a la recaída de cocaína en aquellos pacientes cuyo consumo de alcohol fue inmediatamente antes que el consumo de cocaína. Por lo que el grupo de persona, que han consumido alcohol más recientemente, son aquellos que experimentan un margen de probabilidad mayor de recaer en el consumo de cocaína.

En relación con el margen de recaídas en el consumo de cocaína, Pike, Marks, Stoops & Rush (2017) aclaran que el consumo de alcohol produce una disminución del control inhibitorio del consumo de cocaína, produciendo una mayor impulsividad en la misma, ofreciendo resultados negativos para la salud de los consumidores, ya que aquellas personas que tengan un consumo combinado de ambas sustancias se encuentre en la etapa de rehabilitación, tiene mayor probabilidad de recaer en el consumo de cocaína, debido a que su control inhibitorio se encuentra disminuido.

Vengeliene (2017) hace referencia al mecanismo de acción del KMO, kynurenine monooxygenase, la cual se utiliza para tratar en el proceso de recaídas del alcohol, la cual es muy útil. Sin embargo, se está investigando sobre otro tipo de drogas como es la cocaína, al actuar de forma similar a los receptores NMDA. Es por ello, que esta aplicación puede utilizarse para prevenir recaídas no solo en el alcohol, sino en otro tipo de drogas, entre ellas la cocaína.

Aunque no existen medicamentos que aseguren que su utilización es adecuada para prevenir el margen de recaídas en el consumo de cocaína, además se investiga cómo prevenir esa recaída desde el consumo de cocaína sola, cuando lo más normal es que haya un consumo simultáneo con otras drogas. Es por ello, que se realiza un experimento en ratas para ratificar que las asociaciones de cocaína con otras drogas (en este caso alcohol), pueden desarrollar otros metabolitos de acción diferentes, así como el consumo de cocaína único (Stennett, Padovan-Hernandez & Knackstedt, 2019).

Por ello, es importante establecer cuáles son las sustancias que previenen la recaída de cocaína tanto en dosis única como en combinación con otras drogas, para ayudar así a la rehabilitación de los pacientes con consumo de polisustancias.

## **6. Justificación**

La enfermería como pionera dentro de la atención al paciente drogodependiente, resulta ser una figura indispensable, tanto para el proceso de prevención del consumo de sustancias como para técnicas de valoración y evaluación en las etapas de desintoxicación y deshabitación.

Numerosos estudios argumentan que hay una relación intrínseca entre el consumo de alcohol y cocaína, ya que estas sustancias suelen consumirse juntas, y de esta manera, mediante la siguiente sección del apartado de investigación, se llevará a cabo una revisión sistemática para conocer si existe una relación que facilite conocer si la disminución del consumo de alcohol produciría una reducción en el número de recaídas del consumo de cocaína.

Por ello, este trabajo fin de grado se dirige con el fin de saber y conocer las prácticas usuales de la población con el uso y abuso de sustancias, ya que su desconocimiento genera incertidumbre e ignorancia, y ante este tipo de prácticas lo más adecuado es saber qué repercusiones tiene para la salud comunitaria, tanto a nivel fisiológico como social.

Los resultados de esta búsqueda y revisión sistemática aportará información científica que debería orientar la planificación de la terapia de abandono por parte del equipo. Los

componentes del equipo terapéutico conocen en qué etapa se encuentra el paciente en su proceso de rehabilitación, y teniendo en cuenta que el consumo de alcohol va a influir de manera esencial en el proceso, hay que tenerlo presente en prácticamente todas las fases.

Vogel, Rubinstein, Prochaska & Ramo (2018) indican en su artículo cómo se configura el proceso de abandono del consumo de una sustancia, incidiendo en el Modelo de Etapas del Cambio de DiClemente y Prochaska, establecen varios apartados que configuran el proceso de abandono.

- Precontemplación, el individuo no se percata del problema ni tiene predisposición al cambio.
- Contemplación, el individuo lentamente adquiere conciencia de la importancia del problema y reflexiona la posibilidad de realizar cambios en el futuro.
- Preparación, el individuo se siente preparado para comenzar el cambio, por lo que se planea la forma en la que se llevará a cabo.
- Acción, se ejecutan los planes establecidos.
- Mantenimiento, se mantienen los planes en el devenir del individuo, estableciéndose como hábitos que ya se encuentran asimilados.



Figura 2. Etapas del cambio de DiClemente y Prochaska. Adaptado de Vogel, Rubinstein, Prochaska & Ramo (2018).

# Revisión sistemática

## 1. Objetivo general

Establecer cuál es la evidencia científica acerca del consumo conjunto de cocaína y alcohol sobre las recaídas en el proceso de rehabilitación.

## 2. Objetivos específicos

- Evidenciar el alto porcentaje existente de consumidores de cocaína asociados al consumo de alcohol
- Reconocer el mecanismo de acción por el que el consumo de alcohol actúa como control inhibitorio del consumo de cocaína aumentando el riesgo de recaídas.

## 3. Pregunta de revisión (picot)

¿La reducción del consumo de alcohol disminuye el número de recaídas en consumidores de cocaína en proceso de rehabilitación?

P – Población: se conforma por aquellas personas, tanto varones como mujeres, sin predominio por grupos de edad, que llevan a cabo un consumo de alcohol y cocaína, y se encuentran en etapa de rehabilitación.

I – Intervención: correspondiente al consumo conjunto de alcohol y cocaína.

C – Comparación: se comparará el margen de recaídas en el consumo de cocaína en las que el consumo de alcohol es previo.

O – Outcomes/Resultados: todas aquellas personas que tienen un consumo de alcohol y de cocaína conjunto presentan un aumento de la prevalencia de las recaídas en el consumo de cocaína.

T – Tiempo: el intervalo de tiempo comprendido, para datar de forma más específica el patrón de consumo, abarca desde el año 1999 hasta nuestros días, este intervalo es muy amplio debido a que los estudios recogidos son igual de valiosos que los más recientes.

## 4. Criterios metodológicos

Criterios de inclusión:

- La información se proporciona a través de artículos de revista, tesis doctorales y páginas web oficialmente reconocidas por tener criterio científico.

- El ámbito desde el que se investiga corresponde al ámbito sociosanitario y científico-sanitario.
- Los participantes de los estudios corresponden a todos aquellos que consuman alcohol y cocaína conjuntamente.
- Entre el tipo de intervenciones se encuentran las comparaciones por grupos, metanálisis, análisis de datos secundarios, análisis longitudinal, estudios cruzados y estudios en ratas.
- Estudios localizados en base de datos de Pubmed, Dialnet y páginas oficiales con evidencia científica.
- Se incluyen todo tipo de artículos tanto de pago como gratuito.
- Los estudios que tratar son de idioma español e inglés.

Criterios de exclusión:

- Estudios en otros idiomas distintos a los mencionados anteriormente.
- Estudios localizados en otras bases de datos distinta a las mencionadas previamente.

## **5. Metodología**

### **5.1 Estrategias de búsqueda**

La búsqueda bibliográfica que se realiza a través de los artículos de revista, tesis doctorales y páginas oficiales se encuadra en el intervalo de tiempo comprendido desde el 16/10/2019 a 28/01/2020. Entre los buscadores científicos seleccionados para la revisión sistemática son Pubmed y Dialnet.

Para poder conocer cuáles son los artículos que mayormente nos interesan, se recurre a la utilización de los términos DECS y MESH, más la utilización de operadores booleanos.

Las palabras clave que se han empleado en la búsqueda bibliográfica en castellano son: cocaína, diagnóstico, epidemiología, trastorno relacionado con cocaína, terapia, rehabilitación, alcoholismo y alcohol.

Las palabras clave empleadas en inglés son: cocaine, diagnosis, epidemiology, cocaine-related disorder, therapy, rehabilitation, alcoholism and alcohol.

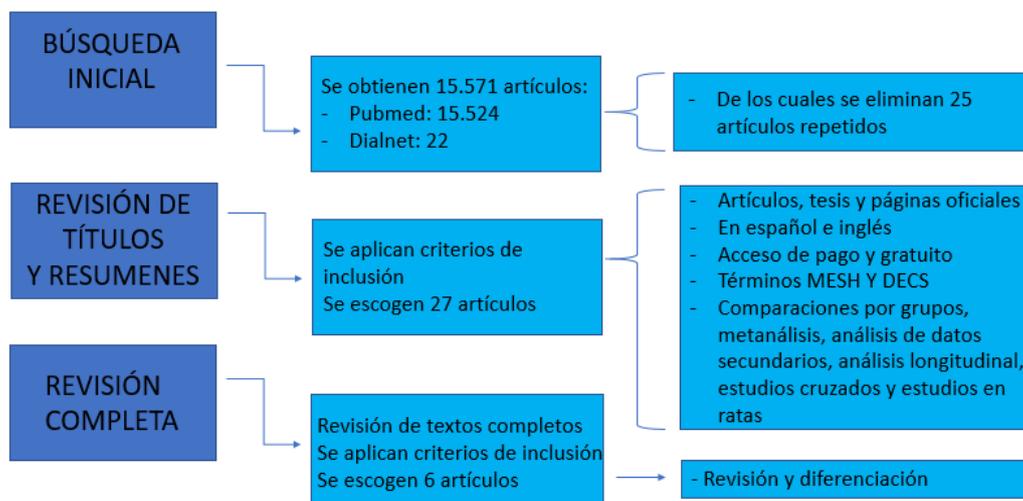
Posteriormente, se indica como aparecen distribuidos estas palabras clave con sus operadores booleanos correspondientes:

BASE DE DATOS	OPERADOR BOLEANO	TOTAL
PUBMED	"Alcoholism" and "cocaine"	11645
	"Cocaine-related disorder" and "alcoholism"	2465
	"Cocaine-related disorder" and "diagnosis" and "epidemiology" and "therapy"	443
	"Cocaine-related disorder" and rehabilitation"	996
DIALNET	"Alcoholism and cocaine"	22

## 5.2 Selección de estudios

Una vez que hemos establecido las palabras clave y su relación con los operadores booleanos, se lleva a cabo la búsqueda de los artículos en las bases de datos referenciadas anteriormente en nuestra estrategia de búsqueda. Para ello debemos llevar a cabo 3 pasos:

- En primer lugar, se realiza una búsqueda inicial, englobando todos los artículos relacionados con el consumo conjunto de alcohol y cocaína, sin llevar a cabo criterios de inclusión.
- En segundo lugar, se lleva a cabo una revisión de títulos y resúmenes, ya en este apartado se incluyen los criterios de inclusión y exclusión, por ello, el número de artículos que se orientan a nuestra pregunta de investigación se reduce.
- Por último, se realiza una revisión completa con los artículos que son de interés, y posteriormente se comparan y diferencian hasta llegar a aquellos artículos de mayor utilidad.



Los artículos seleccionados para la revisión sistemática son:

AUTORES	AÑO	TÍTULO
McKay, J. R., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., & McLellan, A. T	1999	The relationship of alcohol use to cocaine relapse in cocaine dependent patients in an aftercare study.
Gossop, M., Manning, V., & Ridge, G.	2006	Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: Behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder.
Byrne, S. A., & Petry, N. M.	2011	Concurrent alcohol dependence among methadone-maintained cocaine abusers is associated with greater abstinence.
Marks, K. R., Pike, E., Stoops, W. W., & Rush, C. R.	2015	Alcohol administration increases cocaine craving but not cocaine cue attentional bias.
Pike, E., Marks, K. R., Stoops, W. W., & Rush, C. R.	2017	Influence of cocaine-related images and alcohol administration on inhibitory control in cocaine users.
Liu, Y., Williamson, V., Setlow, B., Cottler, L. B., & Knackstedt, L. A.	2018	The importance of considering polysubstance use: Lessons from cocaine research.

### 5.3 Evaluación crítica

Se lleva a cabo una lectura crítica de los estudios escogidos para revisión sistemática, y para conocer la validez y fiabilidad de la calidad de dichos estudios, se utilizará la herramienta conocida como CASPe, la cual nos ofrece 10 preguntas que confirmen la validez y evidencia crítica de la revisión sistemática (Anexo 1). Es preciso que para llevar a cabo la lectura crítica de los estudios, se necesite partir de una base o inicio, centrada en 3 preguntas (Anexo 2):

- ¿Cuáles son los resultados?
- ¿Los resultados de los estudios son significativos?
- ¿Dichos resultados son aplicables a mi población?

Una vez que tenemos las preguntas iniciales debemos plantearnos las siguientes cuestiones (Anexo 3):

- ¿Qué relación existe entre el consumo de alcohol y cocaína?
- ¿Por qué conocer la relación entre ambas es importante?
- ¿Qué métodos se utilizaron para conocer dicha relación?
- ¿Cuáles fueron los resultados, hallazgos o hipótesis que se plantearon?

Finalmente, tras conocer en profundidad y analizar los estudios revisados, debemos plantearnos otra serie de preguntas, únicamente con respuestas cortas afirmativas y negativas (Anexo 4):

- ¿Los artículos revisados tienen suficiente integridad científica para ser fiables?
- ¿Los resultados o hipótesis obtenidas son válidas y científicamente demostrables?

- ¿Cabe la posibilidad que en el contexto de la drogodependencia haya otra serie de sustancias que tengan una relación con las que se estudia en esta revisión?
- A partir de los datos obtenidos ¿Es posible llevar a cabo planes de actuación enfermera que incidan en el control de recaídas por consumo de ambas sustancias?
- ¿Se pueden transferir los hallazgos obtenidos a otra serie de sustancias?
- ¿Es preciso conocer los mecanismos de actuación de ambas sustancias para elaborar un plan de cuidados integral?

#### **5.4 Extracción de datos**

Se elabora una tabla compuesta por diferentes ítems para utilizarlo como herramienta en la extracción de datos de los artículos mencionados en el apartado de selección de estudios. Los ítems que conforman la tabla de herramienta para la extracción de datos son el tipo de estudio, el año de publicación del artículo, el idioma en el que se encuentra escrito, metodología aplicada, objetivos y hallazgos/resultados/conclusiones (Anexo 5).

#### **5.5 Síntesis de resultados**

En este apartado ya hemos escogido los artículos correspondientes, han sido comparados y se han extraído los datos pertinentes. En último lugar, elaboraremos la síntesis de los resultados tras la extracción de datos, de esta manera, se relacionan los resultados e hipótesis obtenidos.

- ❖ Se obtiene información sobre la relación de consumo entre el alcohol y la cocaína.
- ❖ Se obtienen datos relevantes sobre la repercusión del consumo de alcohol en las recaídas de cocaína.
- ❖ Se obtiene información sobre qué es el sesgo atencional entre consumidores de alcohol y cocaína.
- ❖ Se obtienen datos sobre que el consumo de alcohol incrementa la ansia de consumir cocaína, pero no es producida por el sesgo atencional percibido.
- ❖ Se obtiene información sobre los mecanismos de acción a nivel del organismo que se produce por un consumo conjunto de dichas sustancias y su diferencia con un consumo aislado de las mismas.
- ❖ Se obtienen datos sobre la diferencia en la relación del consumo dependiendo de la forma de presentación de la cocaína, así como las vías de administración empleadas.
- ❖ Se obtienen datos sobre la capacidad de la metadona en las terapias de rehabilitación para el logro de una mayor abstinencia en su consumo, y por ende, menor probabilidad de recaídas.

- ❖ Se obtiene información acerca de la facilidad que tienen aquellas personas que consumen tanto alcohol como cocaína (principalmente cocaína) de introducirse en el consumo de otra serie de sustancias (polisustancias).
- ❖ Se obtienen datos empíricos sobre que el patrón de consumo simultáneo es mayor entre alcohol-cocaína que sustancia-sustancia (donde “sustancia” son otras drogas como cannabis o tabaco).
- ❖ Se obtiene información sobre la diferencia entre aquellos pacientes que tuvieron un consumo de alcohol en el pasado y que consumen actualmente frente a aquellos que solo consumieron alcohol en el pasado. Presentan diferencias en el margen de probabilidad de recaer en el consumo de cocaína, siendo mayor para aquellos que tienen un consumo previo y actual de alcohol.
- ❖ Se obtienen datos que reflejan la superioridad de consumo masculina frente a la femenina.

## 6. Limitaciones

No se han tenido en consideración la utilización de otras bases de datos.

No se han tenido en consideración artículos en otros idiomas diferentes al inglés y español.

## 7. Cronograma

Este Trabajo de Fin de Grado se ha elaborado en los años 2019-2020, y su estructuración hace referencia a la presencia de 3 etapas:

- Etapas de Inicio, corresponde a la primera etapa del proceso. En la cual se llevan a cabo varias premisas:
  - Elección del tema a trabajar.
  - Lectura, revisión y estudio del tema en profundidad.
  - Elaboración de una planilla donde se dividen los apartados del Estado de la Cuestión y la Revisión Sistemática por etapas de trabajo.
- Etapas de Desarrollo, hace referencia a la segunda parte del proceso. En esta se llevan a cabo:
  - Lectura, revisión y estudio del tema en profundidad.
  - Realización de los apartados del Estado de la Cuestión y Revisión sistemática.
- Etapas de Finalización, hace referencia a la última parte del estudio. En ella se realizan:
  - Elaboración del Índice y Resumen/Abstract.
  - Revisión del trabajo en profundidad (para detectar fallos gramaticales u ortográficos).

- Comprobación de que los requisitos que se nos piden se alinean con lo realizado en el trabajo.
- Elaboración de una presentación adecuada para finalmente proceder a la entrega.

	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
INICIO								
DESARROLLO								
FINALIZACIÓN								

## 8. Bibliografía

1. Angarita, G. A., Emadi, N., Hodges, S., & Morgan, P. T. (2016). Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: A comprehensive review. *Addiction Science & Clinical Practice*, 11(1), 7
2. Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., & Rentero, D. (2017). Bipolar disorder and substance use disorders. madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology. [Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patologia dual] *Adicciones*, 29(3), 186-194.
3. Byrne, S. A., & Petry, N. M. (2011). Concurrent alcohol dependence among methadone-maintained cocaine abusers is associated with greater abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19(2), 116-122
4. Cheng, Y. C., Ryan, K. A., Qadwai, S. A., Shah, J., Sparks, M. J., Wozniak, M. A., Stern, B. J., Phipps, M. S., Cronin, C. A., Madger, L. S., Cole, J. W., Kittner, S. J. (2016). Cocaine use and risk of ischemic stroke in young adults. *Stroke*, 47(4), 918-922
5. Cogle, J. R., Hakes, J. K., Macatee, R. J., Zvolensky, M. J., & Chavarria, J. (2016). Probability and correlates of dependence among regular users of alcohol, nicotine, cannabis, and cocaine: Concurrent and prospective analyses of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(4), 444
6. Gossop, M., Manning, V., & Ridge, G. (2006). Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: Behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. *Addiction (Abingdon, England)*, 101(9), 1292-1298
7. Higgins, S. T., Rush, C. R., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Lynn, M., & Capeless, M. A. (1993). Acute behavioral and cardiac effects of cocaine and alcohol combinations in humans. *Psychopharmacology*, 111(3), 285-294
8. Indave Ruiz, B. I. (2017). Uso de cocaína o estimulantes de tipo anfetamínico y riesgo de crisis convulsivas o de enfermedad cerebrovascular. *Revisiones sistemáticas Universidad Complutense de Madrid*, 3-44.
9. Kim, S. T., & Park, T. (2019). Acute and chronic effects of cocaine on cardiovascular health. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(3), 584
10. Liu, Y., Williamson, V., Setlow, B., Cottler, L. B., & Knackstedt, L. A. (2018). The importance of considering polysubstance use: Lessons from cocaine research. *Drug and Alcohol Dependence*, 192, 16-28
11. Lizasoain, I., Moro, M. A., & Lorenzo, P. (2002). Cocaína: Aspectos farmacológicos. *Adicciones: Revista De Socidrogalcohol*, 14(1), 57-64

12. Marks, K. R., Pike, E., Stoops, W. W., & Rush, C. R. (2015). Alcohol administration increases cocaine craving but not cocaine cue attentional bias. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(9), 1823-1831
13. McKay, J. R., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., & McLellan, A. T. (1999). The relationship of alcohol use to cocaine relapse in cocaine dependent patients in an aftercare study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(2), 176-180
14. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Porcentaje de población de 15 a 64 años que reconoce consumo de cánnabis o cocaína en los últimos doce meses, según sexo y comunidad autónoma. Retrieved from <http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla9.htm>
15. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Porcentaje de personas de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas al menos una vez por semana, por sexo según comunidad autónoma. Retrieved from <http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla8.htm>
16. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Prevalencia sobre el consumo de drogas (15-64 años). Plan Nacional sobre drogas. Retrieved from [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf).
17. Monterrey, A. J. R. (2017). El tráfico de precursores de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
18. Pike, E., Marks, K. R., Stoops, W. W., & Rush, C. R. (2017). Influence of cocaine-related images and alcohol administration on inhibitory control in cocaine users. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 41(12), 2140-2150
19. Pino, C. H. (2018). Consumo masivo de alcohol y adicciones en jóvenes universitarios. Universidad de Córdoba.
20. Ramoa, C. P., Eissenberg, T., & Sahingur, S. E. (2017). Increasing popularity of waterpipe tobacco smoking and electronic cigarette use: Implications for oral healthcare. *Journal of Periodontal Research*, 52(5), 813-823
21. Rodríguez, S. C. (2018). Competencias en prevención de las adicciones en la educación obligatoria española, 29-35.
22. Roy, E., Arruda, N., Jutras-Aswad, D., Berbiche, D., Perreault, M., Bertrand, K., Dufour M., Bruneau, J. (2017). Examining the link between cocaine bingeing and individual, social and behavioral factors among street-based cocaine users. *Addictive Behaviors*, 68, 66-72
23. Stennett, B. A., Padovan-Hernandez, Y., & Knackstedt, L. A. (2019). Sequential cocaine-alcohol self-administration produces adaptations in rat nucleus accumbens core glutamate homeostasis that are distinct from those produced by cocaine self-

administration alone. *Neuropsychopharmacology* : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology

24. Vannan, A., Powell, G. L., Scott, S. N., Pagni, B. A., & Neisewander, J. L. (2018). Animal models of the impact of social stress on cocaine use disorders. *International Review of Neurobiology*, 140, 131-169
25. Vengeliene, V. (2017). Reply to: Kynurenic acid and alcohol and cocaine dependence: Novel effects and multiple mechanisms? *Psychopharmacology*, 234(1), 167-168
26. Vogel, E. A., Rubinstein, M. L., Prochaska, J. J., & Ramo, D. E. (2018). Associations between marijuana use and tobacco cessation outcomes in young adults, 94, 69-73.
27. Xavier Pons Diez (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis - Investigación Y Análisis Sociopolítico Y Psicosocial*, 4(2), 157-186.

## **Anexos**

## Anexo 1.

### A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

#### Preguntas "de eliminación"

<p><b>1</b> ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- Los resultados ("outcomes") considerados.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>2</b> ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.</li> <li>- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

*¿Merece la pena continuar?*

**Preguntas detalladas**

<p><b>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</b></p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qué bases de datos bibliográficas se han usado.</li> <li>- Seguimiento de las referencias.</li> <li>- Contacto personal con expertos.</li> <li>- Búsqueda de estudios no publicados.</li> <li>- Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</b></p> <p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados de los estudios eran similares entre si.</li> <li>- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.</li> <li>- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

**B/ ¿Cuáles son los resultados?****6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?**

*PISTA: Considera*

- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.
- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).
- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).

**7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?**

*PISTA:*

*Busca los intervalos de confianza de los estimadores.*

**C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?**

<p><b>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p><b>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</b></p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p><b>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</b></p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**Anexo 2.** Lectura crítica de los artículos, primera parte.

¿Cuáles son los resultados?	
¿Los resultados de los estudios son significativos?	
¿Dichos resultados son aplicables a mi población?	

**Anexo 3.** Lectura crítica de los artículos, segunda parte.

¿Qué relación existe entre el consumo de alcohol y cocaína?	
¿Por qué conocer la relación entre ambas es importante?	
¿Qué métodos se utilizaron para conocer dicha relación?	
¿Cuáles fueron los resultados, hallazgos o hipótesis que se plantearon?	

**Anexo 4.** Lectura crítica de los artículos, tercera parte.

Preguntas	Sí	No
¿Los artículos revisados tienen suficiente integridad científica para ser fiables?		
¿Los resultados o hipótesis obtenidas son válidas y científicamente demostrables?		
¿Cabe la posibilidad que en el contexto de la drogodependencia haya otra serie de sustancias que tengan una relación con las que se estudia en esta revisión?		
A partir de los datos obtenidos ¿Es posible llevar a cabo planes de actuación enfermera que incidan en el control de recaídas por consumo de ambas sustancias?		
¿Se pueden transferir los hallazgos obtenidos a otra serie de sustancias?		
¿Es preciso conocer los mecanismos de actuación de ambas sustancias para elaborar un plan de cuidados integral?		

**Anexo 5.** Tabla escogida para la realización de la extracción de datos.

Tipo de estudio	
Año de publicación	
Idioma	
Aspectos relacionados con el consumo de alcohol y cocaína	
Resultados	