

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DROGODEPENDIENTE

Inmaculada Suárez-Varela Varo; Paula Victoria Vicente Roldán; Eva Ruiz Velasco

· INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas ha estado ligado al deseo del ser humano por modificar el nivel de conciencia y el estado de ánimo o utilización para paliar el sufrimiento.

Se podría definir droga como toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso, sea prescrita o no que modifica el comportamiento y conducta de quién la consume.

· ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En las culturas primitivas se produjo una limitación y socialización del uso de estas sustancias, quedando restringidas a ceremonias de tipo ritual y religioso que hacen difícil clasificar en criterio entre abuso y dependencia.

Esto se ha visto modificado en el último siglo dando lugar a consumos altamente patológicos.

Los problemas derivados del abuso de drogas aparecen en la Historia de la Humanidad ligados a algunos de estos factores:

1. Por introducción de modas, en el siglo XVII llega a Asia la costumbre de “fumar” y esto contribuye a que se comience a fumar opio.
2. En el siglo XVII se prohíbe en la India el consumo de alcohol y aparece en gran escala el consumo de opio por vía pulmonar (fumado). En Irlanda, a partir del año 1850, el clero combate y condena firmemente el consumo de éter.
3. Los descubrimientos científicos revolucionan conocimientos de la época produciéndose cambio de actitud en la creencia de que estas pueden suponer un cambio para resolver la problemática social. En 1806, el descubrimiento de la morfina, en 1834, la jeringa hipodérmica, que proporcionan un derivado del opio más concentrado que “suprime todos

los dolores”.. Más tarde en 1890, se descubre la heroína, y su uso para la tuberculosis, hace que se tome conciencia de su potencial terapéutico para los adictos a la morfina.

4. Se producen Guerras del Opio en China (1839 y 1856), que surgen por una confrontación de intereses entre la necesidad de erradicar el opio por China, y los intereses comerciales de los europeos.
5. En las guerras siempre ha habido un caldo de cultivo para las adicciones. Durante la primera Guerra mundial, en Alemania, se utilizó el éter mezclado con el alcohol como doping para “tomar por asalto”. La morfina ha sido utilizada en los hospitales a partir de 1860, y también mas adelante en la batalla de Crimea en 1870 (donde Florence Nightingale ejerció sus cuidados).
6. Uso inadecuado de ciertos fármacos (hipnóticos y tranquilizantes).

La epidemiología aparece como un intento por comprender la droga en la sociedad desde un punto de vista más científico que filosófico.

Se estima que alrededor de 2,2 millones de jóvenes europeos de entre 15 y 34 años (el 1,7% de este grupo de edad) consumieron cocaína el año pasado (según datos publicados del 2014), que sigue siendo la principal droga estimulante. España encabeza la clasificación ya que el 3,6% de los jóvenes consumieron cocaína el último año, más del doble que la media comunitaria. Le siguen Reino Unido (3,3%), Irlanda (2,8%) y Dinamarca (2,4%). Los países con menos consumo son Grecia y Rumania (0,2%).

Por lo que se refiere al cannabis, se trata de la droga ilegal más consumida en todos los grupos de edad. España ocupa el cuarto puesto de la clasificación (con una tasa de prevalencia del 17%), sólo superada por República Checa (18,5%), Dinamarca (17,6%) y Francia (17,5%). El menor consumo de cannabis se detecta en Rumania (0,6%), Malta (1,9%) y Grecia (3,2%).

Los jóvenes españoles también superan la media comunitaria en consumo de éxtasis (con una tasa de prevalencia del 1,4% en la franja de edad entre 15 y 34 años, frente al 1% de promedio en la UE) y anfetaminas (1,1% frente al 0,9%).

La última Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas de la Comunidad de Madrid (EDADES) recoge que el alcohol sigue con prevalencias de consumo muy altas, igual que al nivel nacional, destacando el consumo intensivo por los jóvenes y la baja percepción de riesgo que comporta. Por otro lado, desciende el consumo reciente (últimos doce meses) de cocaína, registrándose los valores más bajos desde 2001.

· OBJETIVOS

Objetivo Principal

Proporcionar una atención especializada al paciente drogodependiente que ingrese en la (UHB) Unidad de Breve Hospitalización. Priorizar nuestra atención individualizada de enfermería en la prevención secundaria en aquellos pacientes que muestren una necesidad de consumo activo.

Objetivos específicos:

- Proporcionar conocimiento acerca del tratamiento y favorecer la continuidad del mismo.
- Desarrollar un programa específico para los pacientes con drogodependencia.
- Proporcionar el conocimiento de dispositivos de atención para sus necesidades de cara al alta en la U.H.B.
- Proporcionar las herramientas al alta hospitalaria para prevenir recaídas, fomentando un clima favorecedor del mismo.

· METODOLOGÍA

Material

- Recursos Materiales:

Se requiere material logístico para su desarrollo; Ordenador, pizarra, folios, rotuladores, radio, esterillas y una sala para la realización de las sesiones.

- Recursos Humanos:

Enfermeras de Salud Mental con experiencia que ejerzan su labor en la U.H.B.

Método

- Valoración de enfermería psiquiátrica al ingreso.
- Entrevista motivacional, que se realizará en las siguientes 48 horas tras el ingreso.
- Realización del taller grupal donde se trabaja los efectos y consecuencias del consumo; se planificará en dos sesiones, lunes por la mañana y miércoles por la tarde.
- Sesión de Habilidades Sociales y estilos de Interrelación, una sesión el jueves por la mañana.
- Sesión de Relajación y Manejo del Estrés y Ansiedad, una sesión el miércoles por la mañana.
- Sesión de información de dispositivos al alta del paciente, una sesión el viernes por la mañana.

· DESARROLLO DEL PROTOCOLO

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE DROGOADICTIVO

Para favorecer una mejora en la atención a este grupo de pacientes, se tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- Realizar una valoración de enfermería al ingreso, más encaminada en conocer qué tipo de sustancia o sustancias son habitualmente consumidas, en qué cantidad, en qué ambiente y la finalidad del consumo.
- Entrevista motivacional, esta se realizará pasados unos días del ingreso cuando el paciente se encuentre adaptado a la unidad. La finalidad es darle a conocer los beneficios de la disminución del consumo. **CREO QUE LA FINALIDAD ES CONOCER EN QUE ETAPA DEL CAMBIO SE**

ENCUNTRA EL PACIENTE PARA SABER NUESTRA METODOLOGIA DE TRABAJO

- Realización de actividades encaminadas al fomento de las habilidades sociales, taller de relajación y manejo y control del estrés. **TAMBIEN INCLUIR TALLERES PARA DAR A CONOCER OTRAS ALTERNATIVAS DE OCIO**
- En la medida que sea posible, se puede valorar realizar intervenciones familiares donde poder implicar a la familia para que conozca la naturaleza del problema y las pautas a seguir para ayudar a su familiar. Se incidirá en la importancia de evitar la hipervigilancia y actitudes culpabilizadoras con su familiar que pueden remover más al paciente y provocar efecto contrario; que vuelva a su consumo o que éste incluso se vea aumentado por una respuesta de enfado y rechazo.
- Educación para la salud tanto individual como grupal.
- Entrenamiento en prevención de recaídas focalizada en habilidades conductuales para hacer frente a los impulsos y situaciones de riesgo.
- Supervisión y verificación de la administración farmacológica prescrita durante su ingreso hospitalario.

En el manejo del paciente hay que tener en cuenta los siguientes puntos para favorecer su mejoría:

1. Establecer y mantener buena relación terapéutica.
2. Vigilar el estado clínico del paciente (signos de abstinencia, temperatura, tensión arterial, etc.)
3. Acordar y facilitar con el paciente el cumplimiento del programa terapéutico.
4. Prevención de recaídas.
5. Educación familiar.
6. Evitar secuelas.
7. Favorecer la coordinación con otros profesionales para mejorar la comunicación de avances y cambios en el paciente

Para favorecer una mejora en la atención a este grupo de pacientes, se tendrá en cuenta los factores de riesgo y de protección frente a posibles recaídas.

Factores de Protección

Se entiende todos aquellos elementos que promueven y garantizan la estabilidad a corto, medio y largo plazo de la situación clínica y psicosocial del paciente.

Estos son:

1. La adherencia al tratamiento psicofarmacológico.
2. El Cumplimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras.
3. La optimización de la capacidad de afrontamiento mediante entrenamiento psicosocial. La potenciación de este aspecto implica por tanto el fortalecimiento y / o el desarrollo de las competencias del paciente en su interacción con el medio. Esta estrategia es en todo punto congruente con el modelo de “Vulnerabilidad – Estrés” y con su adaptación de “Vulnerabilidad Cruzada”, aplicada a la Patología Dual.
4. La disponibilidad de un adecuado apoyo familiar y social.
5. La disponibilidad de apoyo profesional multidisciplinar especializado.
6. El desarrollo de una actividad laboral protegida u ordinaria; ya que protege tanto por el lado de la integración social (frente a la marginalidad y la exclusión) como por el de la estructuración de la jornada y el establecimiento de la diferenciación básica entre Trabajo, Tiempo Libre y Ocio.

En todo caso, se trata de elementos que son moldeables y por eso podemos trabajar sobre ellos de forma operativa, ya que el propósito de nuestro abordaje es crear condiciones de seguridad que deben ser dispuestas desde las fases iniciales de tratamiento y cuya adquisición debe secuenciarse bajo supervisión técnica.

Factores de riesgo

Otros agentes que potencialmente son susceptibles de generar un desequilibrio

y que, en consecuencia, aproximan al paciente o lo sitúan en una posición de mayor vulnerabilidad frente a una posible recaída.

1. Incumplimiento del tratamiento farmacológico.
2. Inadecuado seguimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras.
3. Escasez o pobre repertorio de habilidades de afrontamiento.

Nuestros pacientes van a ser más vulnerables al impacto de eventos estresantes. De este modo y si dispone de un pobre repertorio de habilidades de afrontamiento, podrá exacerbar la aparición de sintomatología psiquiátrica o aumentar la probabilidad de consumo, de modo que el paciente se encuentra en una situación de elevado riesgo de recaída.

El paciente con patología dual tiene menos capacidad de soportar este ánimo desagradable y a menudo ejecuta consumos de una u otra sustancia para compensar su efecto.

Otros estresores específicos potencialmente desequilibrantes.

1. Ausencia de una fuente de ingresos económicos: merma la capacidad del paciente para autogestionarse total o parcialmente.
2. Carecer de soporte y / o alternativa residencial: la ausencia de una alternativa de alojamiento es una de las causas más frecuentes de recaída en Patología Dual tras la obtención del Alta.
3. Tener causas judiciales pendientes o condena firme en espera de recurso: en el caso de drogodependientes rehabilitados que han rehecho su vida.
4. Tener deudas con entidades o terceras personas: a menudo el paciente con patología dual, hereda deudas que adquirió en época de consumo activo o de alta inestabilidad clínica.

Para realizar intervenciones enfermeras de óptima calidad es preciso realizar en la valoración inicial unos adecuados diagnósticos de enfermería para que nuestros cuidados sean individualizables y perdurables en el tiempo.

Según la taxonomía de la NANDA se pueden clasificar los siguientes diagnósticos de enfermería para la realización de un plan de cuidados para la atención al paciente drogadoactivo:

00079 Incumplimiento del tratamiento terapéutico.

NOC: 1601. Conducta del cumplimiento.

NIC: 2300. Administración de la medicación.

- Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.
- Ayudar al paciente a tomar la medicación.
- Instruir al paciente y familia acerca de las acciones y efectos adversos esperados de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.

NIC: 4360. Modificación de la conducta.

- Determinar la motivación al cambio del paciente.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
- Responder dando seguridad en términos de sentimientos cuando se observe que el paciente está libre de síntomas y parezca relajado.
- Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
- Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente.
- Animar al paciente a que examine su propia conducta.

00053 Aislamiento social

NOC: 1504 Soporte social

- 150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas
- 150406 Refiere relaciones de confianza
- 150407 Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita
- 150408 Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas

NIC: 5100 Potenciación de la socialización

- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas y establecidas.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
- Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno.
- Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.
- Proporcionar modelos de rol que expresen la ira de forma adecuada.

NIC: 7560 Facilitar las visitas

- Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas e informar de ellas.
- Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos.
- Identificar problemas específicos con las visitas, si los hubiera.
- Aclarar las normas de visitas con los miembros de la familia / seres queridos.
- Explicar el fundamento de la limitación del tiempo de visitas.
- Evaluar periódicamente tanto con el paciente como con la familia las visitas realizadas en relación con las necesidades del paciente / familia y revisar en consecuencia.
- Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con los seres queridos, si procede.

00063 Procesos familiares disfuncionales.

00079 Incumplimiento del tratamiento.

Conducta de una persona o de un cuidador que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de salud acordado entre la persona (familia o comunidad) y un profesional de la salud. Cuando se ha acordado un plan ya sea terapéutico o de promoción de salud, la persona o el cuidador pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos.

NOC: 1601 Conducta de cumplimiento.

160108 Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción

160109 Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria

NIC: 2380 Manejo de la medicación.

- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, si procede.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Determinar los factores que pueden impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Explicar al paciente y/o la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.

NIC: 4360. Modificación de la conducta.

- Determinar la motivación al cambio del paciente.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
- Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.
- Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente.

- Animar al paciente a que examine su propia conducta.
- Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos.
- Identificar el problema del paciente en términos de conducta.
- Discutir el proceso de modificación de la conducta con el paciente / ser querido.
- Facilitar la implicación de otros cuidadores sanitarios en el proceso

00120 Baja autoestima situacional.

NOC: 1205 Autoestima

120501 Verbalización de autoaceptación

120502 Aceptación de las propias limitaciones

120506 Respeto por los demás

120507 Comunicación abierta

120508 Cumplimiento de los roles significativos personales

NIC: 5270 Apoyo emocional

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

NIC: 5400 Potenciación de la autoestima

- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Fomentar el contacto personal al comunicarse con otras personas.
- Reafirmar las virtudes personales que identifiquen al paciente.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede.

- Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía.

00146 Ansiedad

NOC: 1305 Adaptación Psicosocial: cambio de vida.

130501 Establecimiento de objetivos realistas

130502 Mantenimiento de la autoestima

130503 Expresiones de productividad

NOC: 1402 Control de la Ansiedad

140202 Elimina precursores de la ansiedad

140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso

140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes

140206 Utiliza estrategias de superación efectivas

140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad

140214 Refiere dormir de forma adecuada

NOC: 1405 Control de los impulsos

140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales

140502 Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas

140504 Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias y de los demás

140505 Reconoce los riesgos ambientales

140506 Evita ambientes y situaciones de alto riesgo

140508 Busca ayuda cuando experimenta impulsos

NIC: 5240 Asesoramiento (ya descrito anteriormente).

NIC: 5270 Apoyo emocional (ya descrito anteriormente).

NIC: 5820 Disminución de la ansiedad

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

NIC: 5880 Técnicas de Relajación

- Mantener la calma de una manera deliberada.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Identificar a los seres queridos cuya presencia puede ayudar al paciente.
- Reafirmar al paciente en su seguridad personal.
- Permanecer con el paciente.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

LIMITACIONES:

- En la valoración al inicial del paciente a su ingreso no se puede modificar al completo debido a que el programa informático utilizado en nuestra unidad sólo permite un tipo de valoración común a todos los pacientes.
- Actualmente en nuestra unidad se utiliza el programa HAND donde ya hay elaborado un taller donde se trata el tabaco y sus efectos, por lo que no se menciona en la elaboración del sesiones correspondientes a los efectos del consumo de sustancias (anexo II).

Bibliografía

- A. Gual. Alcoholismo. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona. Elseiver Masson 2006. P. 599-613.
- Hales R., Yudofsky S., Gabbard G. Tratado de Psiquiatría Clínica. 5ª Edición; Elsevier Masson. Barcelona 2009.
- Bulecheck G., Johnson M., Maas M., McCloskey J., Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: Harcourt; 2002.
- Bulecheck G., McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier; 2005.
- Craft-Rosenberg M., Heather T., Lavin M.A., Sparks S. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2003.
- Tejedó García M.J., Etxabe Marceil M.P. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. 1ª Edición; Glosa. Barcelona, 2007.
- Castañer, Olga. ¿Por qué no logro ser asertivo?. DESCLE. 2001.
- Castañer, Olga. La asertividad: expresión de una sana autoestima. DESCLE. 1996.
- De las Heras Renero, Mª Dolores y Cols. Programa Discover. Junta Castilla y León.

- E. Caballo, Vicente. Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales. SIGLO XXI. 1999.
- Goldstein, Arnold. Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. SIGLO XXI. 1999.
- Luengo Martín, M^a Ángeles y Cols. Construyendo la Salud. MEC.
- Martha Davis, Matthew Mcay. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. MARTÍNEZ ROCA. 1998.
- Martha Davis, Matthew Mcay. Técnicas de autocontrol emocional. MARTÍNEZ ROCA. 1998.
- Matthew Mcay., Patrick Fanning. Autoestima Evaluación y mejora. MARTÍNEZ ROCA. 1999.
- <http://www.drogasotu.com/nueva/wp-content/uploads/2013/05/GuiaSecundaria1.pdf> 11/03/2015
- <http://www.drogasotu.com/nueva/wp-content/uploads/2013/05/GuiaDocente1.pdf> 11/03/2015
- <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=112849&idsec=1057>
- <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria3/prevenci/pdf/ProgrAtencDrogodepProJurPenales.pdf>
- <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=846>
- http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142544084477&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228185&idPagina=1343068184421&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid&sm=1343068184432
- <http://www.patologiadual.com/tratamiento.html>
- <http://www.patologiadual.com/wordpress/>
- <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>

ANEXO I VALORACIÓN INICIAL

ANEXO II EFECTOS Y CONSECUENCIAS DE CONSUMO

ANEXO III HABILIDADES SOCIALES Y ESTILO DE INTERRELACIÓN

ANEXO IV RELAJACIÓN Y MANEJO DEL ESTRÉS

ANEXO V DISPOSITIVOS AL ALTA

ANEXO I. VALORACIÓN INICIAL

Valoración General

- Motivo de ingreso en Psiquiatría
- Procedencia
- Acompañantes
- Personas y teléfonos de contacto
- Recogida de objetos personales
- Objetos personales
- Tipo de ingreso
- Alergias en Psiquiatría
- Antecedentes orgánicos
- Antecedentes Psiquiátricos
- Antecedentes familiares
- Toma de medicación
- Tratamiento actual en Psiquiatría
- Correcta adherencia
- Automedicación

Autonomía

- Autonomía en la higiene
- Autonomía en la alimentación
- Autonomía en la movilidad
- Autonomía en el vestido

Hábitos tóxicos

- Alcohol: cantidad, tipo de vía (oral, anal), dónde, cuando, desde cuando, con quién.
- Tabaco: cantidad, dónde, cuando, desde cuando, con quién
- Cannabis: cantidad, tipo de vía (oral, fumada), dónde, cuando, desde cuando, con quién
- Opiáceos: cantidad, tipo de vía (oral, intravenosa), dónde, cuando, desde cuando, con quién
- Cocaína: cantidad, tipo de vía (oral, intravenosa, esnifada), dónde, cuando, desde cuando, con quién
- Otros: cantidad, tipo de vía(oral, intravenosa, esnifada)dónde, cuando, desde cuando, con quién

Constantes

- Tensión arterial Sistólica
- Tensión arterial Diastólica
- Frecuencia Cardiaca
- Frecuencia Respiratoria
- Saturación
- Temperatura
- Peso en kilogramos
- Talla en centímetros
- Índice de masa corporal (IMC)
- Perímetro abdominal

Valoración social

- Estado civil en psiquiatría
- Convivencia
- Entregada guía al duelo
- Entregada guía al alta
- Información y guía de acogida

Valoración psíquica

- Orientación
- Memoria
- Atención
- Lenguaje
- Estado de ánimo
- Conducta inmediata
- Afecto- emoción
- Psicomotricidad
- Percepción
- Pensamiento
- Nivel de conciencia
- Actitud en la entrevista

Respiración

- Valoración del patrón respiratorio

Alimentación

- Tipo de dieta
- Apetito
- Variación importante de peso en kg.

Eliminación

- Alteración urinaria
- Alteración digestiva

Movilización

- Alteración de la movilidad
- Alteración de la actividad
- Actividad habitual
- Otras alteraciones de la psicomotricidad

Reposo-sueño

- Hábito reposo- sueño
- Ayudas para dormir

Vestido

- Aspecto vestido

Termorregulación

- Temperatura

Higiene

- Higiene de piel y mucosas

Seguridad

- Estado de agitación
- Riesgo de lesión en psiquiatría
- Inmovilización terapéutica

Comunicación

- Dispositivos externos
- Alteración de la comunicación- percepción
- FUR ginecológica

Creencias- Religión

- Observación creencias y valores

Trabajar- realizarse

- Profesión

- Situación Laboral Profesional
- Incapacidad

Recrearse

- Recrearse

Aprender

- Alteraciones cognoscitivas
- Conciencia de enfermedad
- Seguimiento extrahospitalario

ANEXO II. EFECTOS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

En este apartado se realizarán dos sesiones en los talleres donde se tratará el efecto de las principales sustancias de manera objetiva.

ESTIMULANTES

Cocaína

La cocaína causa un intenso viaje de corta duración seguido inmediatamente por su opuesto: depresión intensa, tensión nerviosa y ansia por más droga. Los que la consumen a menudo no se alimentan ni duermen apropiadamente. Pueden experimentar un marcado incremento del ritmo cardíaco, espasmos musculares y convulsiones. La droga puede hacer que la gente se sienta paranoica, enojada, hostil y ansiosa, incluso cuando no están bajo su influencia.

Sin tener en cuenta la cantidad de la droga que se use o la frecuencia de su consumo, la cocaína incrementa el riesgo de ataque cardíaco, apoplejía o fallos respiratorios, cualquiera de los cuales puede resultar en una muerte repentina. Según aumenta la tolerancia a la droga, se vuelve necesario tomar cantidades cada vez más grandes para lograr la misma intensidad. El uso prolongado diario causa privación de sueño y pérdida de apetito. Una persona puede volverse psicótica y empezar a tener alucinaciones.

Como la cocaína interfiere con las formas en que el cerebro procesa las sustancias químicas, uno necesita más y más droga tan sólo para sentirse “normal”. La gente que se vuelve adicta a la cocaína pierde interés en otras áreas de la vida.

El bajón de la droga causa una depresión tan severa que la persona hará casi cualquier cosa para obtener la droga.

Efectos a corto plazo:

- Pérdida del apetito
- Ritmo cardíaco, presión sanguínea y temperatura corporal incrementadas
- Estrechamiento de vasos sanguíneos
- Ritmo respiratorio incrementado
- Pupilas dilatadas
- Hábitos de sueño trastornados
- Náusea
- Hiperestimulación
- Comportamiento extraño, errático, a veces violento
- Alucinaciones, hiperexcitabilidad, irritabilidad
- Alucinaciones táctiles que crean la ilusión de insectos desplazándose bajo la piel
- Euforia intensa
- Ansiedad y paranoia

- Depresión
- Intensa ansiedad por tomar droga
- Pánico y psicosis
- Convulsiones, ataques y muerte repentina por dosis altas (incluso con una sola vez)
- La cocaína causa daño al corazón, riñones, cerebro y pulmones

Efectos a largo plazo

- Daños permanentes al sistema circulatorio del corazón y el cerebro
- Presión alta, que ocasiona ataques al corazón, apoplejía y la muerte
- Daño renal, pulmonar e hígado
- Si se inhala, destrucción de los tejidos nasales
- Si se fuma, fallos respiratorios
- Enfermedades infecciosas y abscesos si se inyecta
- Desnutrición, pérdida de peso
- Grave deterioro de los dientes
- Alucinaciones auditivas y táctiles
- Problemas sexuales, daño a los órganos reproductores e infertilidad
- Desorientación, apatía, agotamiento confuso
- Irritabilidad y alteraciones del humor
- Frecuencia incrementada de comportamiento peligroso
- Delirio o psicosis
- Depresión severa
- Tolerancia y adicción (incluso después de consumirla sólo una vez)

Anfetaminas

El abuso extendido de la metanfetamina tiene muchas consecuencias negativas, incluyendo la adicción. La adicción es una enfermedad crónica con

recaídas, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de la droga y que está acompañada por cambios funcionales y moleculares en el cerebro.

El síndrome de abstinencia ocurre cuando el abusador crónico deja de usar la droga y entre sus síntomas están la depresión, la ansiedad, el agotamiento y un deseo vehemente por la droga (“craving”).

Entre los efectos a largo plazo se incluyen:

- Adicción
- Psicosis (paranoia, alucinaciones, actividad motora repetitiva)
- Cambios en la estructura y función del cerebro
- Pérdida de memoria
- Comportamiento agresivo o violento
- Trastornos emocionales
- Graves problemas dentales
- Pérdida de peso

Cafeína

La cafeína es un compuesto alcaloide del grupo de las xantinas presente en varias plantas como en los granos de café y cacao, las hojas de té, las bayas de guaraná y la nuez de cola, y que se añade a refrescos y a diversas medicinas.

La presencia de la sintomatología dependerá de factores endógenos y de la cantidad consumida.

Sintomatología:

- Intranquilidad.
- Nerviosismo.
- Excitación.
- Insomnio.
- Congestión facial.

- Diuresis.
- Molestias gastrointestinales.
- Incrementa ritmo metabólico.
- Contracciones musculares.
- Pensamiento y lenguaje inconexo.
- Taquicardia o arritmia cardíaca.
- Períodos de actividad o agitación psicomotriz.

La mayoría de los adultos puede consumir entre 200 mg y 300 mg de cafeína por día, que se traduce en 2 a 4 tazas de café, sin experimentar problemas de salud ni efectos secundarios adversos. Si bebes 4 o más tazas de café por día, o consumes entre 500 mg y 600 mg de cafeína, serás más propenso a experimentar los efectos nocivos de la cafeína.

- Una taza de té: 50-100mg.
- Una taza de té: 50- 75mg.
- Un vaso de cola: 35-50 mg.

DEPRESORES

- Opiáceos (Heroína)

Uno de los efectos más perjudiciales de la heroína es la adicción en sí. La adicción es una enfermedad crónica con recaídas, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro. Asimismo, la heroína produce un grado profundo de tolerancia y dependencia física, los que también son factores poderosos que motivan su uso compulsivo y abuso. La dependencia física se desarrolla con dosis más altas de la droga. Con la dependencia física, el cuerpo se adapta a la presencia de la droga y los síntomas del síndrome de abstinencia comienzan

si su uso se reduce abruptamente. Este síndrome puede ocurrir pocas horas después de la última vez que se usó la droga. Los síntomas agudos del síndrome de abstinencia alcanzan su punto máximo entre 24 a 48 horas después de la última dosis de heroína y se apaciguan aproximadamente en una semana. Sin embargo, algunas personas muestran signos persistentes del síndrome de abstinencia por muchos meses. La abstinencia a la heroína nunca es fatal para adultos saludables, pero puede ser mortal al feto de una adicta embarazada.

Efectos a corto plazo:

- “Romper en frío” o “cold turkey”, escalofríos con piel de gallina
- "Rush" u oleada de euforia
- Depresión respiratoria
- Ofuscación del funcionamiento mental
- Náusea y vómito
- Supresión del dolor
- Abortos espontáneos

Efectos a largo plazo:

- Adicción
- Enfermedades infecciosas, por ejemplo, VIH/SIDA, la hepatitis B y C
- Venas colapsadas
- Infecciones bacterianas
- Abscesos
- Infección del endocardio y las válvulas del corazón
- Artritis y otros problemas reumatológicos

· Alcohol

El alcohol, específicamente el etanol, es una potente droga psicoactiva con un número elevado de efectos terciarios que puede afectar de manera grave a nuestro organismo. La cantidad y las circunstancias del consumo juegan un

papel importante al determinar la duración de la intoxicación. Por ejemplo, al consumir alcohol después de una gran comida es menos probable que se produzcan signos visibles de intoxicación que con el estómago vacío. La hidratación también juega un papel importante, especialmente al determinar la duración de las resacas.

Efectos a corto plazo

Dependiendo de la cantidad que se ingiera, y de la condición física del individuo, el alcohol puede causar:

- Habla confusa
- Somnolencia
- Vómitos
- Diarrea
- Molestias estomacales
- Dolores de cabeza
- Dificultades respiratorias
- Distorsiones visuales y auditivas
- Capacidad de juicio deteriorado
- Disminuye la percepción y la coordinación
- Pérdida del conocimiento
- Anemia (pérdida de glóbulos rojos)
- Coma
- Periodos de inconsciencia (pérdida de memoria durante la cual el bebedor no puede recordar lo que ocurre mientras está bajo la influencia del alcohol)

Efectos a largo plazo

Las borracheras y el consumo constante de alcohol en grandes cantidades están asociados a muchos problemas de salud, que incluyen:

- Lesiones no intencionales como choques automovilísticos, caídas, quemaduras y ahogamiento
- Lesiones intencionales como heridas por arma de fuego, agresiones sexuales y violencia doméstica

- Incremento de las lesiones en el trabajo y disminución de la productividad
- Incremento en los problemas familiares, así como ruptura de relaciones
- Intoxicación por alcohol
- Alta presión arterial, derrame cerebral, y otras enfermedades relacionadas con el corazón
- Enfermedades hepáticas
- Daños a los nervios
- Problemas de tipo sexual
- Daños cerebrales permanentes
- Deficiencia de vitamina B₁, la cual puede llevar a un trastorno que se caracteriza por amnesia, apatía y desorientación.
- Úlceras
- Gastritis (inflamación de las paredes del estómago)
- Desnutrición
- Cáncer de boca y garganta

OTRAS SUSTANCIAS

Marihuana o Cannabis

Al entrar el THC al cerebro hace que el usuario se sienta eufórico o “high”, porque actúa sobre el sistema cerebral de gratificación. Este sistema está compuesto por las regiones del cerebro que gobiernan la respuesta de la persona a las cosas placenteras como el sexo o el chocolate, así como a la mayoría de las drogas de abuso. El THC activa el sistema de gratificación de igual manera que lo hacen casi todas las drogas, es decir, estimulando las células cerebrales para que liberen una sustancia química llamada dopamina.

El consumo de la marihuana deteriora la capacidad para crear recuerdos nuevos.

Los consumidores de dosis altas de marihuana pueden experimentar una psicosis aguda, que incluye alucinaciones, delirio y una pérdida del sentido de la identidad personal o autorreconocimiento. Las reacciones psicóticas a corto plazo a las concentraciones altas de THC son distintas a los trastornos de mayor duración, parecidos a la esquizofrenia, que han sido asociados con el uso del cannabis en las personas susceptibles

El deterioro producido por la marihuana en la memoria ocurre porque el THC altera la manera en la que la información es procesada por el hipocampo, el área del cerebro responsable por la formación de la memoria.

Agudas (presentes durante la intoxicación)

- Deterioro de la memoria a corto plazo
- Deterioro de la atención, el juicio y otras funciones cognitivas
- Deterioro de la coordinación y el equilibrio
- Aumento en el ritmo cardíaco
- Episodios psicóticos.

Persistentes (duran más que la intoxicación pero no siempre son permanentes)

- Deterioro de la memoria y las habilidades para el aprendizaje
- Deterioro en el sueño.

A largo plazo (efectos acumulativos del abuso crónico)

- Puede llevar a la adicción
- Aumento en el riesgo de la tos crónica y la bronquitis
- Aumento de riesgo de padecer cáncer de pulmón
- Aumento en el riesgo de la esquizofrenia en personas susceptibles
- Puede aumentar el riesgo de ansiedad, depresión y síndrome amotivacional.

Alucinógenos

Estas drogas se ingieren por vía oral, inyectada o fumada.

Pueden producir cambios significativos en el estado de conciencia, generar depresión o estimulación del sistema nerviosa central. Son sustancias muy potentes aun en pequeñas cantidades.

Nombres populares de alucinógenos:

- Ácido lisérgico
- LSD
- Ácidos
- Cielo azul
- Cubo de azúcar
- Rayo blanco

Hongos:

- Hongos mágicos o alucinógenos
- PCP o polvo de ángel (anestésico)
- El éxtasis MDMA (metilenedioxi-metanfetamina)

Efectos físicos a corto plazo:

- Alteraciones cardiacas y vasculares: taquicardia, arritmias y disminución en la presión arterial.
- Gastritis, náuseas, mareos, vómito.
- Problemas en la coordinación motora, calambres, rigidez.
- Temperatura corporal elevada, insomnio, pérdida del apetito, temblores y escalofríos.
- Eventualmente pueden presentarse convulsiones o estados de coma.

- Visión borrosa por dilatación de la pupila.

Efectos psicológicos a corto plazo:

- Inestabilidad emocional: ansiedad, agresividad, euforia f ideas suicidas.
- Alteración en la percepción del tiempo.
- Delirios v alucinaciones visuales o auditivas de tipo paranoide (visiones c ideas de ser perseguido).
- Estados de pánico agudo.

Efectos a largo plazo:

- Dependencia física y psicológica del uso continuo de PCP y éxtasis.
- Se pueden volver a presentar los efectos días, semanas o años después de haber utilizado la droga: flashbacks.

Síntomas que presenta una persona que utiliza alucinógenos:

- Bajo el efecto de la droga su lenguaje es incoherente e incongruente (sin sentido ni lógica).
- Aislamiento y desorientación espacial y temporal.
- Desinterés y descuido de actividades cotidianas.
- Conductas y movimientos extraños relacionados con las alucinaciones.
- Sensación de ingravidez (sensación de flotar).
- Evidencia a través de pequeñas tiras de papel y cubos de azúcar que impregna con alucinógenos, así como tabletas blancas y amarillas

ANEXO III. HABILIDADES SOCIALES Y ESTILO DE INTERRELACIÓN
ANEXO IV. RELAJACIÓN Y MANEJO DEL ESTRÉS
ANEXO V. DISPOSITIVOS AL ALTA