

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



Trabajo Fin de Grado en Enfermería

Convocatoria Junio/ Año 2015/2016

Cuidados de Enfermería en Pacientes Drogodependientes.

Autor/a: Sandra Hernández Abenza

Tutor/a: Genoveva Granados Gámez

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	3
1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	11
3. Metodología.....	11
4. Desarrollo.....	12
5. Función de enfermería en drogodependencia.....	26
6. Discusión.....	32
7. Conclusiones.....	34
8. Bibliografía.....	35

RESUMEN

Introducción: La drogadicción, es considerada un problema de salud pública, determinado por su elevada incidencia, prevalencia y por las consecuencias en los sistemas personal familiar y social de los pacientes. Por sus características psicopatológicas, es considerado un trastorno del control de impulsos, en el que es necesario conseguir la deshabituación psicofisiológica a las sustancias consumidas. En su abordaje se requiere de la actuación de diferentes disciplinas, en donde enfermería tiene un papel fundamental; por ello, el propósito de este trabajo es revisar los conocimientos implicados en el cuidado de las personas en el ámbito de la drogadicción.

Objetivos: Definir los conceptos sobre drogodependencia, las actuaciones en atención sanitaria de dicho problema y presentar un caso clínico en el que se integran los conocimientos relacionados con la práctica de los profesionales de enfermería.

Metodología: Se ha realizado una revisión sistemática, de las publicaciones, españolas, encontradas en la última década, en diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud.

Desarrollo: El trastorno del control de impulsos en drogodependencia consiste en la incapacidad de dejar de realizar diferentes acciones que producen algún daño a la propia persona o a otros y forma parte de un trastorno de salud mental. Este suele desencadenar problemas específicos en la salud, como malnutrición, infecciones y depresión. Entre los tratamientos e intervenciones para su control destacan los programas de prevención, los de tratamiento farmacológico y comportamental, y los de rehabilitación. Enfermería participa en los diferentes procesos, con actividades específicas y otras de colaboración, ayudando a la persona a la integración y adaptación a su vida social y laboral.

Conclusiones: Se evidencia la importancia del conocimiento sobre las características y los métodos de intervención necesarios en el abordaje al trastorno por los profesionales, y su importancia en los diferentes centros y ámbitos de actuación. Se describen las intervenciones específicas, que pueden orientar en la prestación de cuidados a pacientes en situaciones similares. Atendiendo a la bibliografía consultada, el conocimiento de este problema está poco desarrollado en los profesionales de la enfermería española.

Palabras clave: trastorno mental, droga, drogodependencia, enfermería en salud mental, persona drogadicta, trastorno del control de impulsos...

ABSTRACT

Introduction: drug addiction is considered a public health problem determined by its high influence, prevalence and by its consequences in the personal, familiar and social systems of the patient. Due to its psychopathologic characteristic, it is considered a disorder on the control of impulses, in which it is necessary to get the psychopathologic detoxication to the substances which have been consumed by the person who suffers from it. In its treatment it is necessary the intervention of different disciplines where nursing plays a major role; because of that, the aim of this work is to revise the involved knowledge in the care of the people in the field of drug addiction.

Objectives: to define concepts about drug addiction, the intervention of health care attention in the mentioned problem and to show a clinical case in which the knowledge related to the practise of nursing professionals are integrated.

Methodology: a systematic revision of Spanish publications during the last decade has been made, consulting different databases of health care.

Development: the disorder on the control of impulses consists of the inability to stop performing different actions that to some extent harm the person him/herself and others. This disorder usually triggers specific health problems including: malnutrition, infections or depression. In the treatment and intervention we could emphasize precaution programs in the different fields of intervention, health care units where pharmacological and behavioural treatment programs are introduced and therapy ones. Nursing acts in the different processes with specific activities and others in conjunction with the rest of the team through the continuity of the cares, helping the person to integrate and to adapt to him/her social and working life.

Conclusions: The importance of the knowledge about the characteristics and methods of acting necessary to deal with the disorder performed by the professionals and its relevance in the different centres and fields of intervention are manifested. The specific interventions that can orientate to the benefit of the care on the patients in similar situations are described. Paying attention to the consulted bibliography, the knowledge of this problem is not enough developed by the Spanish nursing professionals.

Key words: mental disorder, drug, drug addiction, nursery in mental health, drug addict, disorder in the control of impulses...

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIA.

1.- INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad se puede determinar que distintas culturas han sido consumistas de sustancias para fines religiosos, espirituales, artísticos, curativos, etc., ya que producían modificaciones en la conciencia a nivel afectivo o en la percepción de las diferentes cosas que les rodeaban. En los últimos siglos los individuos hacían recolección de plantas silvestres que le producían una serie de cambios en su conciencia. Es en las últimas décadas cuando el consumo y difusión de este tipo de sustancias ha aumentado y se están apreciando mayores consecuencias sanitarias y sociales³. Ahora se obtiene y estudia el principio activo de dichas sustancias, se modifican, se aumentan sus efectos y finalmente se difunde a la sociedad en la mayoría de las ocasiones con fines económicos sin considerar los efectos en las personas que los consumen³.

En nuestro entorno sociocultural, al término droga se le adjudica un significado que concuerda más con lo que la OMS denomina "droga causante de dependencia". Esa droga puede utilizarse con fines médicos o no médicos. Las modalidades de uso hedonista de estas sustancias, tal y como señalan Rigol y Hugalde (2003), ha cambiado el modelo de enfermedad, incluyendo aspectos que sobrepasan el ámbito sanitario, dado que se entremezclan problemas económicos, políticos, judiciales, legales, e incluso, siguiendo la reflexión de las autoras, éticos o filosóficos y además su repercusión en estos ámbitos es internacional.

Sin dejar de reconocer la transcendencia de los aspectos sociales en la drogadicción, en este trabajo se abordaran fundamentalmente los aspectos clínicos, por su interés en la profesión de enfermería; no sin antes describir la dimensión del problema que justifica la importancia de este estudio.

En este sentido, según Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) que lleva a cabo el Ministerio de Sanidad español, realizada en todo el territorio nacional, en la población general entre 15 y 64 años, en 2013 las drogas con mayor prevalencia de consumo fueron el alcohol (78%), el tabaco (41%) y los hipnosedantes (12%), seguidos del cannabis (9%) y la cocaína (2%). El inicio más precoz es para las bebidas alcohólicas (17 años), seguido del cannabis (19 años). El más tardío sigue siendo el de los

hipnosedantes (35 años). Las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años. En cuanto a las diferencias según sexo, en 2013, los datos confirmaron un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes). Estas diferencias se acentúan en el caso de la cocaína, donde la proporción de hombres triplica a la de las mujeres, y en el del cannabis, que registra una diferencia de casi 8 puntos porcentuales ^{1, 13, 14}.

Es muy importante destacar el policonsumo de sustancias en la población; los datos publicados en este sentido, señalan que uno de cada 3 personas dice haber consumido 2 sustancias y casi 1 de cada 10 ha tomado tres. La mezcla de 4 sustancias se da aproximadamente en un 2% y algo menos del 1% consume cinco o más drogas. El alcohol está presente al menos en el 95% de los policonsumos y el cannabis en cerca del 60% ^{1,13, 14}. También, estos estudios indican que sólo el 14% de las personas de 15 a 64 años no consumió en 2013 ninguna sustancia psicoactiva.

Por otra parte y partiendo de datos publicados en 2013, se registraron 51.946 admisiones a tratamiento (personas admitidas por primera vez y con tratamiento previo) por abuso o dependencia de drogas ilegales. La sustancia que causa un mayor número de admisiones a tratamiento es la cocaína (38% del total), seguida del cannabis (33%) y de los opioides (25%). Destaca la presencia del cannabis que es responsable de casi la mitad (46%) de los admitidos (primera vez) por delante de la cocaína y del 95% de las admisiones en los menores de 18 años ^{1, 13, 14}.

Centrando este problema a nivel comunitario, según datos de la Consejería de Salud y Bienestar de la Junta de Andalucía cabe destacar que en dicha comunidad y dividiendo la prevalencia de consumo por bloques de diferentes sustancias, en **Andalucía** la prevalencia de consumo diario de tabaco, se sitúa en 2011 en el 36,1% de la población estudiada. Por otra parte, desciende cinco puntos con respecto a 2009 el porcentaje de personas que indican no haber fumado nunca, situándose en el 41,8% ² (ver tabla 1.1).

Tabla 1.1. Consumo de tabaco:

	2005	2007	2009	2011
Nunca ha fumado	43,3%	44,6%	46,5%	41,8%
No fuma, antes sí	16,3%	13,3%	13,3%	16,7%
Fuma ocasionalmente	5,8%	9,7%	5,0%	5,4%
Fuma diariamente	34,4%	32,4%	35,2%	36,1%
NS/NC	0,2%	-	-	-
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Base:	(2.500)	(2.514)	(2.520)	(3.200)

El porcentaje de quienes fuman a diario es mayor entre los hombres (39,5%) que entre las mujeres (32,5%). Sin embargo, el porcentaje de fumadoras ocasionales es un punto más elevado (5,9% frente a 4,9%) y también son más las mujeres que nunca han fumado (49,7%) que los hombres (34,1%)² (ver tabla 1.2).

Tabla 1.2. El consumo de tabaco según sexo y edad (%):

	Total	SEXO		EDAD						
		Hombres	Mujeres	12/13	14/15	16/20	21/24	25/34	35/44	45-64
Nunca han fumado	41,8	34,1	49,7	95,8	74,4	47,8	39,9	37,3	37,7	38,8
No fuman ahora, antes sí	16,7	21,5	11,9	0,9	3,1	8,6	9,6	13,6	17,6	24,6
Fuman ocasionalmente	5,4	4,9	5,9	2,2	10,6	9,9	8,7	8,3	5,7	1,5
Fuman diariamente	36,1	39,5	32,5	1,1	11,9	33,7	41,8	40,8	39,0	35,1
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Base:	(3.200)	(1.618)	(1.582)	(454)	(454)	(460)	(459)	(456)	(461)	(456)

La mayor parte de las personas que han fumado en algún periodo de su vida, lo hacen por primera vez antes de los 18 años (68,4%). Este porcentaje es algo mayor en hombres que en mujeres (69,3% vs 67,2%), si bien la iniciación antes de la mayoría de edad es mayoritaria tanto en ellos como en ellas. Por otra parte, el 92,8% de las personas que han fumado alguna vez lo han hecho antes de los 21 años^{2, 12}.

El alcohol es la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido en nuestro entorno. En Andalucía, en 2011, el 86,4% de las personas entrevistadas (de 12 a 64 años) señala que lo ha tomado en alguna ocasión, el 74% lo ha consumido en el último año y el 58% en el último mes².

Por grupos de edad, se observa que las prevalencias de consumo de alcohol más elevadas se detectan en el grupo etario de 21 a 24 años, sobre todo cuando se trata del consumo en el último año (84,7%) y en el último mes (67,3%). Sin embargo, la prevalencia de consumo diario de alcohol aumenta de forma constante a lo largo de la vida, siendo del 16,7% en el grupo etario de 45 a 64 años² (ver tabla 1.3).

Tabla 1.3. Prevalencia de consumo de alcohol por sexo y edad:

	Total	Hombre	Mujer	12-13	14-15	16-20	21-24	25-34	35-44	45-64
Consumo alguna vez	86,4%	89,6%	83,1%	13,7%	57,4%	90,0%	91,7%	91,5%	87,4%	89,3%
Consumo último año	74,0%	80,6%	67,2%	9,2%	48,6%	82,0%	84,7%	81,8%	75,4%	71,7%
Consumo último mes	58,0%	67,8%	48,0%	4,0%	24,5%	63,0%	67,3%	66,7%	56,3%	58,3%
Consumo diario último mes	8,9%	14,2%	3,4%	0,0%	0,4%	0,9%	2,6%	5,5%	8,0%	16,7%
Base: Total muestra	(3.200)	(1.618)	(1.582)	(454)	(454)	(460)	(459)	(456)	(461)	(456)

Por otro lado, el consumo de alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres y la diferencia se acrecienta a medida que se trata de un consumo más reciente y habitual. Así, el consumo diario es del 14,2% entre los hombres y del 3,4% entre las mujeres. En general, el consumo de alcohol está más extendido durante los fines de semana que en los días laborables².

El cannabis es, después del tabaco y el alcohol, la droga más consumida en Europa, España y Andalucía. En el estudio correspondiente a 2011 se observa que el consumo de cannabis aumenta con respecto a 2009 en Andalucía, situándose en 27% el porcentaje de la población de 12 a 64 años que afirma que lo ha consumido alguna vez en la vida. En 2011 se registraron 3498 admisiones a tratamiento por esta sustancia con una media de edad de 24,7 años (edad media de inicio: 16 años) y con mayor representación de hombres (88,0%) que de mujeres (12,0%)² (ver tabla 1.4).

Tabla 1.4. El consumo de Cannabis (2005-2011):

	2005	2007	2009	2011
Consumió alguna vez:	21,5%	22,0%	20,2%	27,0%
Edad media del primer consumo (años):	18,3	17,2	17,9	18,5
Consumió en los últimos doce meses:	10,2%	12,7%	8,8%	11,4%
Consumió en los últimos seis meses:	9,0%	9,5%	7,4%	9,8%
Consumió en el último mes:	8,0%	8,3%	6,1%	8,5%
Frecuencia de consumo en el último mes:				
Menos de una vez por semana	2,3%	3,3%	1,2%	-
Una vez por semana	1,3%	2,1%	1,3%	-
De dos a seis veces por semana	1,5%	0,9%	0,8%	-
Diariamente	2,9%	2,0%	2,8%	-

En cuanto al consumo de hachís cabe destacar que el 22,8% de la población estudiada lo ha consumido alguna vez en la vida y el 7,3% lo ha consumido en el último mes. El consumo diario se sitúa en el 3,6%. Al igual que se ha observado con el consumo de cannabis en general, el consumo de hachís se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres y entre los grupos etarios jóvenes, principalmente de 16 a 20 y de 21 a 24 años ² (ver tabla 1.5).

Tabla 1.5. El consumo de Hachís:

	Total	Hombres	Mujeres	12-13	14-15	16-20	21-24	25-34	35-44	45-64
Consumo alguna vez	22,8%	32,1%	13,4%	1,3%	12,3%	30,4%	40,1%	34,9%	22,1%	12,5%
Edad del 1er consumo	17,9	17,7	18,4	11,6	13,4	15,3	16,5	17,5	19,1	20,3
Consumo últimos 12 meses	9,7%	13,6%	5,7%	1,1%	11,7%	24,1%	23,1%	16,2%	5,9%	1,8%
Consumo últimos 6 meses	8,4%	11,9%	4,7%	0,9%	8,6%	21,5%	20,5%	13,6%	5,2%	1,8%
Consumo último mes	7,3%	10,7%	3,8%	0,6%	6,8%	18,7%	17,2%	12,1%	4,7%	1,7%
Frecuencia de consumo en el último mes:										
Menos de 1 vez por semana	1,0%	1,4%	0,7%	0,0%	1,3%	3,3%	3,5%	0,9%	0,7%	0,2%
1 vez por semana	1,4%	2,0%	0,8%	0,0%	1,3%	3,9%	2,8%	1,5%	0,9%	1,1%
De 2 a 6 veces por semana	1,3%	1,9%	0,7%	0,2%	1,1%	2,6%	2,6%	3,1%	0,7%	0,2%
Diariamente	3,6%	5,4%	1,6%	0,4%	3,1%	8,9%	8,3%	6,6%	2,4%	0,2%
Base: Total muestra	(3.200)	(1.618)	(1.582)	(454)	(454)	(460)	(459)	(456)	(461)	(456)

Con respecto a la cocaína, la última encuesta poblacional publicada por el Observatorio Español sobre Drogas (Edades 2007/08) ya detectaba una estabilización del consumo de esta sustancia, situándose su consumo alguna vez en la vida en el 8%. En Andalucía, en 2011, el consumo alguna vez en la vida de cocaína en polvo en la población andaluza de 12 a 64 años se sitúa en el 6%. Por grupos de edad, se observa como el consumo alguna vez en la vida tiene su prevalencia más alta en las personas con edades comprendidas entre los 25 y 34 años (10,5%)² (ver tabla 1.6).

Tabla 1.6. Las edades de primer consumo de C. Cocaína:

Años	Total	Hombre	Mujer
Hasta los 10	0,0%	0,0%	0,0%
De 11 a 14	6,2%	6,5%	5,0%
De 15 a 17	20,2%	20,9%	17,5%
De 18 a 20	47,2%	43,8%	60,0%
De 21 años en adelante	26,4%	28,8%	17,5%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%
Base: Han consumido alguna vez	(193)	(153)	(40)

El consumo de éxtasis, MDMA y otros derivados de la feniletilamina en España ha aumentado de forma constante desde mediados de la década de los noventa hasta 2006. Desde ese año el consumo se encuentra estabilizado, situándose en 2007 en el 4,3% alguna vez en la vida, 1,1% en el último año y en el 0,4% en el último mes ².

Con respecto a la ketamina, al analizar el consumo de esta sustancia en la población general de 12 a 64 años, se detecta una baja prevalencia, en concreto, el consumo alguna vez en la vida se encuentra en el 1,1%, mientras que el porcentaje de personas que la consumido en el último año, últimos seis meses y último mes es del 0,1% ².

El consumo de heroína en Andalucía ha tenido una continua evolución descendente desde principios de los años noventa hasta mediados de la primera década del siglo. Desde entonces permanece estable, siempre por debajo del 1% su consumo alguna vez en la vida y siendo prácticamente inapreciable el consumo reciente².

El uso alguna vez en la vida de hipnosedantes bajo prescripción médica ha aumentado desde 2007, pasando el consumo alguna vez en la vida del 1,8% al 6,2% en 2011 en la población de 12 a 64 años de edad. También aumenta el porcentaje de personas que han seguido recientemente tratados con este tipo de fármacos: el uso en el último mes de hipnosedantes bajo prescripción médica se sitúa en 2011 en el 3,3% de la población estudiada ².

Como se ha descrito previamente, en la actualidad el problema de las drogadicciones es muy común y, en el estudio psicopatológico de este fenómeno se le considera un trastorno del control de impulsos. Este trastorno mental, requiere para su control de la actuación de un equipo sanitario multidisciplinar tanto en la prevención, tratamiento

como en rehabilitación de la persona y familia que lo padecen. En este equipo de profesionales, enfermería adquiere un papel fundamental, tal como se argumenta en las siguientes páginas.

Una vez justificado el problema de salud y dada la importancia del tema, el propósito del actual trabajo será recoger la actualización de conocimientos en relación a la drogadicción dentro de la práctica enfermera. Considero que, debido a que es un problema que afecta gravemente a toda la población de distintas edades y que enfermería es el profesional de la salud que más cerca y más tiempo está con los enfermos y personas de la comunidad, estos conocimientos, en la práctica cotidiana adquieren una relevancia especial.

2.- OBJETIVOS

En el desarrollo de este trabajo se han planteado los siguientes objetivos:

Objetivo General: explorar los conocimientos acerca de la drogodependencia relacionados con la práctica de los profesionales de la salud de enfermería.

Objetivos específicos:

- Describir los conceptos sobre drogodependencia, clasificación de las drogas, efectos y tratamientos.
- Identificar las actuaciones en la atención sanitaria tanto en la prevención, intervención y rehabilitación a la persona drogodependiente.
- Presentar un caso clínico en el que se integran los conocimientos expuestos en los apartados previos del tema.

3.- METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión sistemática, en la cual se ha recuperado información relevante de 16 documentos científicos en artículos de revistas científicas y de enfermería, artículos científicos certificados, y programas o

protocolos del Ministerio de Salud o de la Junta de Andalucía. Además, de búsqueda en libros y revistas en la biblioteca Nicolás Salmerón de la Universidad de Almería con el objetivo de enriquecer distintas ideas relacionadas con el tema de estudio.

Las bases de datos utilizadas han sido de Ciencias de la Salud como DIALNET, Google académico, CUIDENT, biblioteca Cochrane Plus y artículos de las revistas de “Enfermería Global”, “Monografía Opiáceos” o “Papeles del psicólogo” encontradas en bibliotecas online.

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda de las bases de datos han sido: drogodependencia y salud mental, programas de drogadicción, protocolos de drogodependencia oficiales...

-Criterios de búsqueda:

Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta todos aquellos artículos que proporcionaban definiciones y conceptos sobre drogodependencia, droga y su clasificación. También se incluye artículos que proporcionan datos sobre prevalencia e incidencia de la drogodependencia que no superan los 13 años de antigüedad.

En cuanto a los criterios de exclusión se ha considerado los artículos cuya redacción no es clara o específica y aquellos que están redactados en inglés.

Por otra parte, en la resolución del caso clínico planteado, se ha tomado como ejemplo un caso de un Centro Extrahospitalario de tratamiento de Toxicomanías de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud en cuya valoración se han utilizado los Patrones Funcionales del Modelo de valoración de M. Gordon y en la descripción de los diagnósticos e intervenciones, se han seguido los criterios de clasificación de NANDA, NOC y NIC, respectivamente.

4.- DESARROLLO

En este apartado se presenta la información obtenida a partir de la bibliografía seleccionada y se ha estructurado agrupándola de manera que los contenidos irán dando respuesta a los objetivos propuestos. Finalmente, se presenta el caso clínico cuya propuesta de intervenciones están fundamentadas en todos los apartados anteriores.

4.1 Marco conceptual de drogodependencia

El Trastorno del control de impulsos consiste en la incapacidad de dejar de realizar diferentes acciones que producen algún daño a la propia persona o a otros y forma parte de un trastorno de salud mental que puede afectar a niños y adultos. Pueden provocar como síntomas una serie de trastornos emocionales y conductuales que pueden generar distintas consecuencias perjudiciales. La drogodependencia forma parte de este conjunto de trastornos del control de impulsos, en el que la persona se ve incapaz de dejar de consumir y por eso aparecen una serie de consecuencias nocivas para el individuo.

La drogodependencia se considera uno de los problemas nacionales socio-sanitarios más graves de las últimas cuatro décadas, ya que supone un coste elevado a la población en vidas humanas, problemas psíquicos, conflictividad familiar y laboral, actos delictivos y en general, enfermedades derivadas directa o indirectamente del consumo abusivo de drogas ³.

De acuerdo con el último Informe Anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2010), hay una gran demanda de tratamiento por consumo de drogas ilegales en la Unión Europea, y se estima que en el año 2007 un millón de personas recibió tratamiento a causa de este problema, y que en los últimos años el número está creciendo, aumentando a su vez los problemas médicos, familiares, sociales, laborales, económicos, legales y psicológicos de los individuos que las consumen ⁴.

Según diversos autores anglosajones, actualmente y en la última década la palabra droga se refiere a “Aquellas sustancias psicoactivas de acción reforzadora positiva (que inducen a las personas consumidoras a repetir su auto-administración por el “placer” que les proporciona) capaces de generar dependencia psíquica o física (cuando se dejan de tomar pueden generar un malestar psíquico y/o físico) y que ocasionan en muchos de los casos graves deterioros a nivel psicoorgánico, social, laboral, familiar, etc.”³.

La OMS ha publicado diferentes definiciones de drogodependencia, la última en 1982 la define como “El síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes.” Es decir, la drogodependencia priva en cierta forma de libertad a la

persona, ya que la necesita en su día a día, por lo que el individuo se encuentra supeditado y esclavizado a ella³.

Tipos de dependencia

Existen dos tipos de dependencia: física y psíquica.

La dependencia física a las drogas también llamada neuroadaptación consiste en la necesidad de mantener unos ciertos niveles de sustancia en el organismo. Sus dos componentes más importantes son:

- Tolerancia: necesidad de unas grandísimas cantidades de sustancias para alcanzar el efecto deseado en el individuo. El efecto de estas sustancias van disminuyendo cuando se toman de forma continuada y el individuo siente la necesidad de aumentar las cantidades a consumir³.
- Síndrome de abstinencia agudo: aparece con la supresión de la droga de forma brusca o mediante la administración de un antagonista de la misma, aparecen una serie de síntomas físicos y psíquicos en el individuo que cesan tras la administración de la droga o sustancia similar a ésta, además de sustitutivos farmacológicos que resuelvan el déficit de los neuroreceptores de la misma³.

La dependencia psicológica consiste en el deseo repetido e irresistible de administración de la droga para obtener de nuevo sus efectos agradables o placenteros para evitar el malestar que sufre el individuo cuando no se la administra³.

Esta dependencia causa daños a nivel social en el individuo ya que modifica su vida e incluso su realidad, hasta el punto de pensar que “no puede vivir” sin esa sustancia³.

Fundamentos psicofisiológicos de la drogadicción

Existen varias teorías e hipótesis explicativas del fenómeno de la drogodependencia. Encontrándose entre las más recientes las siguientes:

- Hipótesis de la Automedicación.

Las drogas actúan a nivel de nuestro sistema nervioso central como reforzantes de la conducta actuando a nivel de los Sistemas Cerebrales de Recompensa (SCR). Su acción

provoca una abundante secreción de dopamina y provoca que la persona sienta que es una acción agradable ya que modula sus emociones. Además de la dopamina, las drogas liberan a nivel central otros neurotransmisores como puede ser la Serotonina o los opiáceos endógenos, que intervienen en el desarrollo de la vida afectiva, adaptación al estrés, regulación del ciclo sueño-vigilia, la alimentación y otras funciones ligadas al estado de ánimo fisiológico. Este consumo produce a su vez que el individuo cree tolerancia hacia estas sustancias, por lo que va necesitando mayores cantidades para poder llegar al mismo efecto deseado. A medida que pasa el tiempo el cerebro se acostumbra a estos tóxicos hasta el punto de que otros estímulos que no sean estas sustancias no son capaces de activar lo suficiente sus sistemas emocionales y segregar dichos neurotransmisores. Así una persona que en algún momento padece una hiposecreción de estos neurotransmisores a lo largo de su vida se puede llegar a “automedicar” con estos tóxicos para erradicar su sufrimiento interno. Esta hipótesis pueden explicar el por qué sigue habiendo recaídas en algunos pacientes que están siendo tratados ¹⁵.

- Teorías cognitivo-conductuales

Se centra en los procesos cognitivos de la persona para explicar el origen y mantenimiento de la drogodependencia. Hay dos modelos: el motivacional y el aprendizaje social ¹⁵.

- Modelo motivacional

Hace referencia a que el consumo crea emociones positivas por lo cual la persona decide de forma consciente o inconsciente mantener la conducta de abuso, ya que son motivadas por el efecto positivo que hacen sobre ellas ¹⁵.

- Modelo de aprendizaje social

Este modelo propone alejar del paciente todas aquellas cosas que éste asocie con el consumo de drogas, es decir, una prevención a las recaídas mediante el autocontrol del paciente por el mismo y por parte de las personas que les rodea impidiendo cualquier impulso o aliciente que el paciente relacione con la consumición ¹⁵.

- Teoría de la elección conductual

Esta teoría defiende que la relación de la conducta y el reforzador son igualables y que las elecciones conductuales están basadas en tasas relativas de reforzamiento por lo que aunque el consumo de drogas sea altamente reforzante, no explica totalmente el comportamiento pues hay otras actividades reforzantes a las que el individuo tiene acceso ¹⁵.

Clasificación de drogas según sus efectos psicopatológicos

Podemos hablar de drogas depresoras o psicolépticas que ralentizan la actividad nerviosa y disminuye las funciones corporales. Algún ejemplo puede ser el alcohol, las benzodiacepinas o la heroína ³.

Drogas estimulantes o psicoanalépticos para referirnos a aquellas que incrementa la función del organismo en cuanto a su ritmo y excitan la actividad nerviosa. Algunos ejemplos son la cocaína, la anfetamina o las drogas de síntesis ³.

Por último también podemos hablar de las drogas alucinógenas o psicodislépticas que afectan a la conciencia, a la percepción y a los sentidos. Algún ejemplo de este tipo de drogas puede ser el LSD, ketamina o el cannabis ³ (ver tabla 4.1).

Tabla 4.1

DROGAS DE ABUSO: potencial de generar, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia

	Drogas	Usos médicos	Dependencia física	Dependencia psicológica	Tolerancia	Síndrome de abstinencia		
Estimulantes	Cocaína	Anestésico local	Posible	Moderada (oral); muy alta (inyectada IV y fumada)	Posible	Ánimo deprimido, sueño prolongado, apatía, irritabilidad y desorientación		
	Anfetaminas	Control del apetito, hiperactividad y narcolepsia						
	Metilfenidato							
	Fenmetrazina							
	Otros estimulantes							
Depresores	Hidrato de cloral	Hipnótico	Moderada	Moderada	Posible	Ansiedad, insomnio, temblores, delirium, convulsiones, riesgo de muerte		
	Barbitúricos	Anestésicos, anticonvulsivantes, sedantes e hipnóticos	Moderada a severa	Moderada a severa				
	Metacualona	Ninguno	Severa	Severa				
	Benzodiacepinas	Anestésicos, anticonvulsivantes, sedantes e hipnóticos	Baja a moderada	Moderada a severa				
	Alcohol	Ninguno						
Opiáceos	Opio	Analgésico, antidiarreico	Severa	Moderada (oral) muy alta (fumada)	Si	Ojos llorosos, flujo nasal, pérdida del apetito, bostezos, pánico, temblores, calambres escalofríos, sudoración, y náusea		
	Morfina	Analgésico	Severa	Moderada				
	Codeína	Analgésico, antitusivo	Moderada	Moderada				
	Heroína	Ninguno	Severa	Muy Severa (inyectada IV)				
	Metadona	Analgésico, mantenimiento de adictos en rehabilitación	Severa	Moderada				
	Otros opiáceos	Analgésico	Variable	Variable				
Alucinógenos	LSD	Ninguno	Ninguna	Ninguna	Si	No se ha reportado		
	Psilocibina							
	Mescalina, peyote							
	Variantes de las anfetaminas						Se desconoce	Se desconoce
	Fenciclidina						Anestésico en veterinaria	Muy leve
Cannabis	Mariguana	Bajo investigación	Muy leve	Moderada	Si	Insomnio, hiperactividad (síndrome raro)		
	Tetrahidrocanabinol	Glaucoma						
	Hashish	Ninguno						

Policonsumo

El policonsumo es un patrón de consumo de más de una sustancia psicoactiva durante un mismo periodo de tiempo. Los estudios sobre la mortalidad de cohortes muestran que la mortalidad entre los consumidores problemáticos de drogas es 20 veces superior a la mortalidad de la población en general de la misma edad. Gran parte de esta alta mortalidad puede atribuirse a muertes por sobredosis accidentales, y a otras causas, como el sida, enfermedades infecciosas, los accidentes y los suicidios ⁵.

Según Hanson, 2001 “El policonsumo de drogas puede acarrear diferentes efectos negativos para las personas. Las interacciones entre los efectos de las sustancias son farmacológicamente imprevisibles, lo que convierte en un desafío el hecho de prever cuáles serán sus consecuencias”. Por otro lado Ricaurte y McCann, 2005 afirman que “Este hecho complica la capacidad de los servicios sanitarios para localizar la droga o efecto problema, complicando el abordaje de episodios de intoxicación aguda, ya que cabe la posibilidad de que dichos efectos se potencien, interaccionen o emerjan otros nuevos” ².

El uso concomitante de otras sustancias, particularmente depresores del sistema nervioso central tales como el alcohol o las benzodiazepinas, aparece como práctica común entre los usuarios de heroína. La coadministración de otras drogas depresoras puede incrementar sustancialmente la probabilidad de un suceso fatal tras la administración de heroína debido a la potenciación de los efectos depresores a nivel respiratorio que ésta produce.⁵

4.2 Medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente con drogodependencia.

Las actuaciones relativas de Salud Mental en el Sistema Sanitario General y la equiparación del enfermo mental a las demás personas, define los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Por ello en Andalucía, así como en otras comunidades españolas, existen varias campañas, organizaciones y comunidades terapéuticas en las que especialistas de Salud Mental, los profesionales de la salud, especialmente enfermería y los terapéuticos sociales colaboran para la reducción, el cese o la deshabituación de los pacientes con drogodependencia.

Programas de prevención de drogodependencia

Durante el año 2014, desde la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias se han impulsado programas preventivos dirigidos a influir sobre los consumos de drogas y otras conductas adictivas que se han materializado a través de acciones de prevención universal dirigidas a la población general y actividades de prevención selectiva e indicada, dirigidas a adolescentes, jóvenes y familias, con el objetivo de abordar factores de riesgo que puedan provocar conductas inadecuadas y disfuncionales que generen abuso de sustancias ⁶.

Los objetivos generales de las acciones preventivas son:

- Evitar o retrasar la edad de inicio en el consumo de las diversas sustancias psicoactivas así como de otras actividades susceptibles de convertirse en adicciones ⁶.
- Evitar la instauración de conductas adictivas, la dependencia a sustancias psicoactivas y los consumos abusivos y de riesgo ⁶.

Ámbito Educativo.

Los Programas de Prevención de Adicciones en el ámbito educativo se definen como un conjunto de actuaciones relacionadas entre sí, cuya población diana es el alumnado, cuyo enfoque metodológico es eminentemente práctico, mediante la elaboración de actividades aplicables en el aula de forma integrada con los contenidos curriculares y que pretenden conseguir los siguientes objetivos: retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, potenciar factores de protección y reducir factores de riesgo, generar aprendizajes que lleven a la formación de competencias que permitan al alumnado enfrentarse a situaciones de riesgo y de conflicto, plantear soluciones a situaciones adversas, asumir consecuencias y actuar con seguridad y autonomía y fomentar estilos de vida saludables⁶.

En Andalucía En colaboración con la Consejería de Educación, Cultura y Deporte, disponemos de tres programas para aplicar en este ámbito: “DINO” (10-12 años), “Prevenir para Vivir” (12 a 16 años) y “Y tú ¿qué piensas?” (Jóvenes de entre 15 y 18 años)⁶.

Ámbito Comunitario

La prevención de adicciones en el ámbito comunitario tiene como principal objetivo reducir o paliar el uso y/o el abuso de sustancias y otras adicciones en población joven, así como en otros colectivos de riesgo, a través de la puesta en marcha de proyectos adaptados a la realidad local de los municipios participantes ⁶.

El programa de prevención comunitaria más destacado y disponible en Andalucía es “Ciudades ante las drogas”, la cual cuenta con numerosas actividades de prevención de adicciones, planificadas y coordinadas por técnicos y técnicas de los municipios adscritos al programa y cuya población diana han sido principalmente la población adolescente y joven, las familias y la comunidad educativa, aunque se han dirigido acciones a otros colectivos, incluyendo la formación de profesionales⁶.

Ámbito familiar

En el ámbito familiar el objetivo es impulsar el papel de las familias como agente activo de prevención. Se han puesto en marcha actividades entre las que se encuentran ⁶:

- Talleres y escuelas de familias con el objetivo de entrenar en habilidades socioeducativas que mejoren el clima familiar, para familias normalizadas.
- Talleres destinados a familias de riesgo, como los realizados con las familias de alumnado expulsado de los I.E.S., de pacientes de CTA, familias consumidoras, etc.
- Charlas, conferencias y jornadas.
- Orientación y asesoramiento individualizado.
- Actividades de ocio.
- Campañas informativas dirigidas a padres y madres.
- Asesoramiento a través de TIC, como blogs.

4.3 Unidades de atención sanitaria en la intervención y deshabituación de la drogodependencia

Centros de Encuentro y Acogida (CEAS)

Los Centros de Encuentro y Acogida forman parte de los recursos de primer nivel y son de atención ambulatoria para personas con problemas de drogodependencias que no

desean o no pueden abandonar el consumo. Están destinados al desarrollo de estrategias de reducción de daños y riesgos, priorizándose en ellos las intervenciones orientadas a minimizar los daños provocados por las conductas adictivas. También, facilitan información y prestan orientación sobre las consecuencias y las formas menos perjudiciales del consumo, el acceso a los recursos de atención sociosanitaria y a programas formativos, laborales, etc. Estos centros funcionan mediante la atención y respuesta inmediata a la demanda de los usuarios, sin citas previas ni listas de espera, mediante intervenciones puntuales y ocasionales ⁶.

Las características de la población destinataria de este servicio son las siguientes: situación de marginación y crisis grave con factores de riesgo presentes, desconectada de las redes sanitarias y sociales, con problemas de deterioro físico debido a los escasos o nulos hábitos higiénicos y alimenticios, sin vivienda estable y la presencia asociada de problemas judiciales, legales o económicos ⁶.

Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA)

Estos centros constituyen el primer nivel de atención en la red de drogodependencias y adicciones estando destinados a la prevención, orientación, desintoxicación, deshabitación y reinserción de personas drogodependientes de forma ambulatoria, realizándose a través de ellos las derivaciones oportunas de pacientes al resto de recursos de atención provinciales y supraprovinciales⁶.

En la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones de Andalucía la titularidad de los CTA puede ser pública o privada. Los servicios prestados por los Centros Públicos se establecen previo convenio y los realizados por entidades privadas mediante concierto. En cualquier caso, todos los Centros que pertenecen a la red, sean públicos o privados, funcionan y se rigen por los mismos principios ⁶.

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (U.D.H)

Son espacios integrados en hospitales generales, aislados del resto de la estructura hospitalaria, pero que cuentan con las instalaciones necesarias para la desintoxicación física de cualquier dependencia a drogas, así como con la realización de distintas actividades complementarias durante el Síndrome de Abstinencia ⁶.

Comunidades Terapéuticas (CT)

Las Comunidades Terapéuticas son recursos residenciales cuyo fin principal es ofrecer tratamiento integral biopsicosocial orientado a la deshabituación de la conducta adictiva, a la rehabilitación del hábito de comportamiento de la persona y al seguimiento de las patologías orgánicas asociadas. De igual modo, desde estos recursos se ofrecen actividades formativas y de capacitación profesional orientadas a la incorporación social. El acceso al programa de intervención en CT se realiza por indicación del terapeuta del Centro de Tratamiento Ambulatorio donde el usuario inició el tratamiento. En la actualidad, la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia es la encargada de recibir los protocolos de derivación, de gestionar las listas de espera y la remisión a los respectivos centros derivadores ⁶.

En ellas se atienden todo tipo de adicciones y se ofertan los tratamientos que cada usuario requiera (desintoxicación, deshabituación, tratamiento con metadona u otros sustitutivos etc.), teniendo en cuenta las indicaciones del equipo terapéutico derivador. Así mismo, se realizan actividades socioeducativas que favorecen el proceso de maduración personal y social, haciendo hincapié en los aspectos relacionados con la salud, el estado psicológico, social y laboral de los beneficiarios del programa ⁶.

Viviendas de Apoyo al Tratamiento (VAT)

Las Viviendas de Apoyo al Tratamiento son alojamientos destinados a drogodependientes carentes de recursos que no cuentan con el entorno social y familiar necesario para iniciar el tratamiento ⁶.

Viviendas de Apoyo a Enfermos de SIDA (VAES)

Las Viviendas de Apoyo a enfermos de SIDA son una tipología de recursos de apoyo al tratamiento destinadas a drogodependientes afectados de VIH y con un alto grado de exclusión social ⁶.

Viviendas de Apoyo a la Reinserción (VAR)

El recurso VAR (dispositivo de convivencia) se crea dentro del Programa de Reinserción del área de tratamiento de la red asistencial de drogodependencias y adicciones, dando respuesta a la última fase del tratamiento y suponiendo la incorporación de la persona a su medio así como la asunción progresiva de

responsabilidades. Conlleva, por tanto, una cierta tutorización así como el acompañamiento y el apoyo terapéutico ante las dificultades de esta fase de incorporación. Está destinado a pacientes que terminando su fase de reincorporación precisan de apoyo para reinsertarse nuevamente en la sociedad, se les promueve y facilita la incorporación social hasta lograr la plena autonomía personal, fomentando el autocontrol, la independencia y la capacidad para dirigir su vida de forma autónoma⁶.

Dentro de las actividades llevadas a cabo en este recurso destacan: Taller de habilidades sociales, prevención de recaídas, taller de búsqueda de empleo, taller de salud y deporte, evaluación y seguimiento Educativo, Social y Psicológico⁶.

Centros de Día (CD)

Centros enmarcados dentro de la Red Asistencial de drogodependencias y adicciones que nació con la finalidad de que los pacientes que acudieran se mantuviesen abstinentes y se reincorporasen en la sociedad. Servicio especializado en adicciones, cuyas prestaciones no son exclusivamente ambulatorias, sino que ofrecen una diversidad de intervenciones, desde la propia semiresidencialidad hasta el asesoramiento, formación y orientación laboral, grupos de autoayuda para las personas afectadas y sus familiares. En la actualidad, la realidad social pone de manifiesto que existen nuevas necesidades desatendidas a raíz de la crisis económica que ha provocado que las personas con problemas de drogodependencias se encuentren en peligro o riesgo de exclusión social, por lo que los Centros de Día se han convertido en un recurso multidisciplinar en todas las áreas de atención (psicológica, sanitaria, socioeducativa y de inserción laboral)⁶.

4.4.-Programas de tratamiento en la drogodependencia

Los programas de tratamiento incluyen, tanto la toma del fármaco prescrito, como el seguimiento del paciente por parte del equipo de tratamiento desde la perspectiva interdisciplinar⁹.

La adecuada prescripción y toma del fármaco elegido según las características individuales, permite la normalización de las funciones físicas y psicológicas, que se pueden encontrar significativamente perturbadas por los opiáceos de acción corta como la heroína⁹.

Cuando un paciente inicia tratamiento, firma un contrato terapéutico específico, se le hace un carné acreditativo y se le instruye en la necesidad de informar del mismo si requiere atención sanitaria o antes de que se le pauten cualquier otro fármaco⁹.

Tratamiento con metadona

La metadona se trata de un fármaco que puede presentarse como una solución de hidrocloreto de metadona al 1% diluida en agua o en comprimidos de hidrocloreto de metadona en diferentes dosificaciones.

El principal objetivo de utilización de este fármaco es la estabilización del paciente y el abandono del estilo de vida asociado al consumo; sus objetivos secundarios son evitar episodios de síndrome de abstinencia o sobredosis y conseguir adherencias del paciente al tratamiento⁹.

Este programa se basa en facilitar un sustitutivo opiáceo sanitariamente controlado a las personas con trastornos de dependencia y abuso de opiáceos intentando, con ello, contribuir a mejorar su calidad de vida, así como un mejor ajuste personal, familiar y social. El tratamiento con metadona es una alternativa terapéutica tanto para el tratamiento de las personas con dependencia a opiáceos como para la reducción de los riesgos y daños asociados. Este tratamiento constituye uno de los programas más efectivos de intervención, tanto por el considerable número de drogodependientes que acogen, como por los beneficios individuales y colectivos que se pueden obtener⁶.

Antes de comenzar el tratamiento se debe informar sobre la metadona como fármaco; acciones, interacciones y efectos secundarios, así como del programa y sus objetivos. Además de proporcionar al paciente un carné acreditativo de su tratamiento, apoyo en el seguimiento hasta la estabilización de la dosis o del proceso de desintoxicación a opiáceos y la intervención en la educación para la salud respecto a la reducción del daño asociado al consumo⁹.

El tratamiento de mantenimiento con la metadona consiste en un aumento progresivo de la dosis de metadona hasta lograr la dosis que permita la prevención del síndrome de abstinencia a opiáceos objetiva y subjetiva durante 24 horas, la reducción o eliminación de la apetencia a la droga y que no provoque sedación ni euforia. Se requiere el apoyo en el seguimiento hasta la estabilización de la dosis y el seguimiento de otros tratamientos farmacológicos que puedan interferir con las dosis de metadona. Por último

se requiere la evaluación de signos de intoxicación por otras sustancias y en su caso solicitar valoración médica ⁹.

En Andalucía, la dispensación de metadona se puede realizar, según el Decreto 300/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos, en su Disposición Adicional Segunda que son Centros o Servicios Acreditados donde se incluyen todos los centros públicos de tratamiento ambulatorio de drogodependencias y aquéllos otros que mantengan concierto con la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, establecimientos sanitarios y hospitales públicos, así como en aquellos hospitales que dispongan de Unidad de Desintoxicación de Drogodependencias. Por otra parte, se puede dispensar también en centros y servicios sanitarios y Centros Penitenciarios; las Oficinas de Farmacia y Unidades móviles de drogodependencias; Comunidades Terapéuticas y en Centros de Encuentro y Acogida debidamente acreditados ⁶.

Actualmente se considera que este tipo de programas es capaz de conseguir objetivos diversos y compatibles entre sí cuando plantean la suficiente flexibilidad en las actuaciones que les permita adaptarse a las necesidades y expectativas individualizadas de los pacientes, en la superación de la drogodependencia, la prevención de la morbi-mortalidad y la mejoría de la calidad de vida del adicto ¹⁰.

Los programas de control de calidad en servicios sanitarios deben tener en cuenta el grado de satisfacción de los usuarios como uno de sus principales indicadores. La percepción y las estrategias de adaptación de los programas de mantenimiento de metadona a las propias necesidades de los pacientes, son una fuente de conocimiento importante para el diseño de los criterios de calidad de los tratamientos. Diversos estudios indican, como factores que pueden incidir en la percepción de los tratamientos con metadona: la correcta utilización del fármaco, la existencia de listas de espera y la influencia del tratamiento sobre la problemática laboral ¹⁰.

Tratamiento con Buprenorfina-Naxolona

Este fármaco se presenta en comprimidos y su administración es sublingual. La Buprenorfina es un agonista opiáceo parcial, sus efectos opioides son limitados en comparación con los efectos de los agonistas opioides completos. La Naloxona es un antagonista de opioides.

Este fármaco en dosis adecuadas se usa para suprimir los síntomas de la abstinencia de opioides; reducir las ansias de consumo; disminuir el consumo ilícito de opioides; bloquear los efectos de otros opioides y ayudar a los pacientes a permanecer en tratamiento ⁶.

Enfermería informa al paciente de los requisitos para comenzar el tratamiento. El último consumo de heroína debe ser, como mínimo, 20 horas antes de la primera toma del fármaco. Si se trata de cambiar la toma de metadona por la de Suboxone (nombre comercial del fármaco), la última toma de metadona debe realizarse 36 horas antes del inicio de la toma del mismo. La dosis máxima aceptable para cambio de fármaco es de 30 mg/día de metadona. Por último hay que tener presente que antes de iniciar el tratamiento el paciente debe presentar signos/síntomas del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos y si no existe en ese momento, se espera a que aparezca ⁹.

Tratamiento con farmacoterapia

Desde hace 10 años hasta el día de hoy ha habido una gran evolución en cuanto a fármacos que se usan en la terapéutica de los drogodependientes. Algunos de estos fármacos son ¹⁵:

-Fármacos antimpulsos y estabilizadores del ánimo como gabapentina, pregabalina o topiramato que ayudan a que funcionen mejor los sistemas de control de impulsos cerebrales. Son fármacos que tranquilizan al paciente, rompen sus ideas obsesivas y cíclicas y no causa dependencia física ¹⁵.

-Fármacos anticraving como naltrexona y acamprosato. Bloquean los receptores opiáceos del sistema nervioso para impedir el refuerzo positivo del consumo y disminuye el craving de consumir drogas. Tampoco causan dependencia física ni psíquica ¹⁵.

-Fármacos antidepresivos como paroxetina, fluoxetina o sertralina. El consumo de drogas excitantes causa una depleción importante de los depósitos de serotonina y produce síndromes depresivos importantes en los pacientes y estos fármacos regulan muy bien el estado de ánimo del drogodependiente ¹⁵.

5.-Función de Enfermería en drogodependencias

En los últimos años, la enfermería está desarrollando estrategias de intervención de tipo bio-psico-social, dirigida, por una parte hacia la prevención y fomento de la salud y por otra al proceso de cuidados a individuos, familia y sociedades que los necesitan, adaptándose a las nuevas demandas de salud ⁸.

En los diferentes trabajos que aparecen con respecto a la continuidad de los cuidados enfermeros en salud mental y en las drogodependencias, se da a conocer la metodología del trabajo enfermero, aplicando diferentes procedimientos mentales, que perturban el equilibrio emocional y la calidad de vida de las personas que los sufren, diversas miradas y matices en el modo de cuidar; reflexiones profesionales como fruto de la practica en diferentes ámbitos de la Atención a la Salud Mental, así como propuestas de futuro ⁸.

Uno de los problemas que ha aparecido en los últimos años y alteran el patrón saludable de la persona de un sector de la sociedad es el de la drogodependencia, dentro del cual encontramos a personas de diferente edad, sexo, profesión y nivel cultural. Destacar en la prevención y en el trabajo dirigido a la población infantil y adolescente parece de vital importancia, tanto para promover la salud mental y la vida saludable desde un enfoque integral como para evitar o reducir situaciones de riesgo que conduzcan a las drogodependencias. Los profesionales de enfermería, junto a otros profesionales del equipo de salud y junto a los profesionales de la enseñanza, tienen un reto, una responsabilidad vigente en el siglo XXI, ya que tanto los problemas de salud mental como los de las adicciones están en nuestro entorno de diferente forma y en suficiente número como para que se precise una coordinación y complementariedad de las propuestas y los debates para conseguir resultados eficaces ⁸.

Desde la perspectiva enfermera, el tratamiento de la drogadicción debe dirigirse hacia dos vías, por una parte hacia la prevención y promoción de conductas saludables que limiten en la medida de lo posible su expansión, y por ello participa en diferentes campañas y programas de prevención a las drogas, antes señalados. Por otra parte se dirige hacia el tratamiento de consumidores con el fin de devolverles un patrón saludable y una calidad de vida aceptable⁸.

Cualquiera que sea el modelo teórico adoptado, los/las enfermeras/os en su trabajo cotidiano y para conseguir sus objetivos profesionales, hacen uso del método científico y desarrollan hábitos de observación, investigación y relación interpersonal, necesarios todos ellos para evaluar y mejorar su práctica. En este proceso de relación, la personalidad y conocimientos de la enfermera/o marcarán una diferencia sustancial en el nivel de lo que los pacientes pueden aprender durante la experiencia de su enfermedad y posterior adaptación¹¹.

Debido a la complejidad que supone el realizar una valoración de la situación del enfermo, la enfermera de salud mental se ve obligada a trabajar a partir de observaciones y hechos variados, generales y, en algunas ocasiones, confusos. Ello obliga a adaptar el proceso de cuidados y más concretamente la recogida de información a la situación y al carácter específico de cada paciente, lo cual es el primer paso y uno de los más importantes del proceso de enfermería para poder abordar el problema de forma integral, valorarlo e intervenir de la forma más eficaz posible¹¹.

5.1- Patrones funcionales de salud: consideraciones

Siguiendo una perspectiva enfermera, uno de los modelos en la detección de problemas más útil es el propuesto por M. Gordon denominado “patrones funcionales de salud”, el cual tiene como meta analizar en once áreas las alteraciones que produce un problema en el individuo con el objetivo de elaborar las estrategias de abordaje más adecuadas⁸.

La drogodependencia altera o puede alterar cada uno de los once patrones saludables de la siguiente forma:

-Patrón percepción-manejo de la salud. Cada droga produce un efecto distinto a nivel fisiológico dependiendo de sus compuestos. Este patrón se muestra alterado por diferentes causas, una de ellas puede ser la negación del problema y la falta de conciencia de la enfermedad que en general presenta el drogodependiente, ya que a menudo piensa que puede dejar la droga cuando quiera. Por otra parte puede verse afectado este patrón por las alteraciones que se producen en la forma de vida inadecuadas y las conductas de riesgo por parte del consumidor⁸.

-Patrón alimentación. Gran parte de las drogas producen efecto anoréxico en la persona que las consumen, es decir, influyen en el apetito, disminuyendo la sensación de hambre. Otras drogas pueden alterar el ritmo de la alimentación, combinando momentos

de gran apetito con otros de inapetencia. Esta desorganización en la alimentación, repercute también en la eliminación ⁸.

-Patrón eliminación. La falta de regulación y la desorganización alimentaria puede presentar alteraciones de la eliminación, apareciendo en algunos casos diarrea alternándose con periodos de estreñimiento, lo que puede provocar alteraciones electrolíticas ⁸.

-Patrón actividad-ejercicio. Puede verse afectado debido al tipo de droga o cantidad consumida, presentando conductas de inmovilidad, inapetencia o los autocuidados, etc. ⁸.

-Patrón sueño-reposo. Se pueden dar alteraciones en este patrón por defecto o por exceso, dependiendo de la droga ingerida. Algunas drogas producen efecto estimulante por lo que se altera el estado de vigilia, aumentando el estado de alerta, estas drogas influyen tanto en la capacidad de conciliar el sueño como en el tiempo del mismo. Otras por el contrario producen un efecto de sedación, es decir que aumentan la sensación de relajación y el tiempo de sueño. Otros problemas que se destacan en la alteración de este patrón están relacionados con la desorganización del ritmo del sueño ⁸.

-Patrón cognitivo-conductual. Cada droga provoca alteraciones cognitivas distintas en función de su efecto estimulante. En general, este patrón se ve alterado a diversos niveles como pueden ser: alteraciones de la percepción con la aparición de alucinaciones y/o seudoalucinaciones, trastornos del pensamiento en forma de delirios, sentimientos de alerta, aumento del estado de vigilia, sentimientos de júbilo, euforia o aumento de la autovaloración que puede conllevar conductas de riesgo ⁸.

-Patrón autopercepción-autoconcepto. Se muestra alterado por una baja valoración de sí mismo potenciada en numerosas ocasiones por la forma brusca de buscar los recursos económicos que necesitan para comprar el producto a consumir (prostitución, robo, etc.) ⁸.

-Patrón rol-relaciones. El efecto de la droga y la creación de nuevas formas de conducta junto con la relación social de los grupos marginales en que se desenvuelve producen una ruptura de las relaciones sociales habituales del sujeto, fundamentalmente las vinculadas a los lazos familiares por la relajación de conductas y sociolaborales, debido al bajo rendimiento. Este problema afecta al contexto familiar, ya que los familiares se encuentran desbordados con este tema y además pueden aparecer conductas violentas en

la relación. La aparición de problemas legales, contribuye a esta destrucción de lazos sociales habituales y potencia nuevas formas de relación con grupos marginales ⁸.

-Patrón sexualidad-reproducción. Se encuentra alterado por diversas causas. Una de ellas es la aparición de inapetencia sexual, otra es la utilización de la sexualidad como recurso rápido y fácil para conseguir recursos económicos que les permita comprar el producto a consumir, lo que lleva consigo una disminución de la autoestima y una baja valoración de sí mismo. Además la utilización de sexualidad sin control puede tener consecuencias de riesgo como puede ser el contagio de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados ⁸.

-Patrón adaptación tolerancia al estrés. Este patrón se encuentra alterado tanto por el efecto del tóxico como por la necesidad de asegurarse la dosis siguiente, con lo que el individuo vive en un estado constante de ansiedad ⁸.

-Patrón creencias y valores. En el drogodependiente, la estructura psicosocial que suponía un soporte en su vida previa a la dependencia se altera de forma brusca, creándose nuevos valores vinculados a los grupos marginales con los que tiene relación. Este cambio de valores no suele ser integrado por el individuo lo que hace que viva en una constante contradicción ⁸.

5.2 Caso clínico

Paciente de 30 años que actualmente está casado y tiene un hijo de 4 años. Consumidor de heroína desde hace varios años. Ha realizado con anterioridad varias abstinencias supervisadas (desintoxicaciones), habiendo sido el período más largo de abstinencia de dos años y medio. En el momento actual le preocupa la situación porque de nuevo está consumiendo heroína, y durante los tres últimos meses se ha abandonado en aspectos de salud y familiares. VIH positivo desde 1991 y en tratamiento antirretroviral desde 1996. Hepatitis C asintomática desde 1991. En sus antecedentes psiquiátricos personales refiere que durante todos los tratamientos por los consumos de drogas (desde 1990) ha estado reforzado con ayuda psicológica. Refiere que su padre ha estado en tratamiento por alcoholismo, en la actualidad no lleva ningún seguimiento. Con respecto al conocimiento de su enfermedad refiere que ahora sabe que la drogodependencia es una enfermedad y por eso pide ayuda. También se da cuenta que tras haber hecho varios tratamientos no ha conseguido dejar de consumir definitivamente. Cree que ahora es el

momento. Cuando empezó a consumir sí compartió jeringuillas con otros compañeros. Actualmente no comparte jeringas y utiliza preservativos. A los 13 años comienza a probar las primeras drogas (alcohol, cannabis, anfetaminas...) llegando a los 18 años a crear una dependencia a la heroína. También refiere que hay días que duerme mal, con pesadillas y se levanta cansado. Pide ayuda porque le avergüenza volver a consumir y desatenderse a nivel personal por culpa de la heroína, ya que cuando consume desatiende su actividad diaria y su aspecto físico ¹¹.

VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS:

-Patrón de percepción/manejo de la salud: Refiere tener VIH positivo desde 1991 y estar en tratamiento antirretroviral desde 1996. Hepatitis C asintomática desde 1991. Refiere que durante los tratamientos anteriores por consumo de drogas ha estado reforzado con ayuda psicológica. Es consciente de su enfermedad y por eso pide ayuda porque no consigue dejar de consumir definitivamente. Es consciente de que su situación ahora es preocupante porque en los últimos tres meses ha vuelto a consumir heroína y ha desatendido a su salud y su familia.

-Patrón sueño descanso: Refiere que duerme mal y que se levanta cansado.

-Patrón actividad ejercicio: Dice desatenderse a nivel personal por culpa del consumo. No realiza sus actividades diarias y descuida su aspecto físico e higiene.

-Patrón autopercepción-autoconcepto: Refiere sentirse avergonzado por volver a consumir y desconfía de sí mismo. No se ve capaz de dejar de consumir sin ayuda.

-Patrón rol-relaciones: Refiere que ha desatendido a su familia por haber vuelto a consumir. Su ámbito familiar se ve afectado por su recaída a la droga.

NANDA, NOC, NIC:

- Diagnóstico de enfermería (NANDA, 00079): Incumplimiento del tratamiento relacionado con falta de motivación, manifestado por abandono del tratamiento antirretroviral y consumo de tóxicos.
 - Objetivos (NOC, 1623): Colaboración activa en/con el tratamiento cumplimiento adecuado del tratamiento, toma de medicación en horarios prescritos y no consumo de tóxicos.
 - Intervenciones (NIC):

(4920) Establecer una relación de confianza y empatizar con los sentimientos del paciente.

(2395) Identificar las posibles causas que puedan estar influyendo en la resistencia al tratamiento, reforzar las percepciones apropiadas, establecer un programa de información sobre la medicación, acciones y efectos secundarios.

(7500) Conseguir compromiso de no consumo de tóxicos, motivar a la participación en el tratamiento, realizar urinocontroles.

- Diagnóstico de enfermería (NANDA, 00198): Alteración del patrón del sueño relacionado con higiene del sueño inadecuado manifestado por deterioro autoinducido del patrón normal.

-Objetivo (NOC, 0003): Recuperar su patrón de sueño habitual.

-Intervenciones (NIC):

(5820) Valorar los factores relacionados con la alteración o ansiedad por la abstinencia, enseñar al paciente métodos de distracción para reducir los pensamientos que le agobian.

(5612) Planificar con el paciente actividades individuales que ha de llevar a cabo a lo largo del día, para modificar el ciclo sueño-vigilia.

- Diagnóstico de enfermería (NANDA, 00120): Trastorno de la autoestima relacionado con autopercepción de desvalorización, manifestado por su abandono personal expresión de sus sentimientos de culpa, de desvalimiento y de vergüenza por el consumo de drogas.

-Objetivos (NOC, 1205): Expresar pensamientos positivos hacia sí mismo y hacia sus capacidades y obtener una imagen realista de uno mismo.

-Intervenciones (NIC):

(6610) Ayudar a identificar las experiencias que provocan y/o aumentan estos sentimientos de inferioridad, disminuir estímulos del entorno y de la interacción con otros, ayudar a explorar limitaciones y a buscar recursos internos y externos que le puedan ayudar a superar la situación, respetar sus capacidades personales y sus limitaciones.

(4420) Definir, junto con él, objetivos realistas y reforzar sus conductas satisfactorias y los pequeños objetivos de trabajo así como el esfuerzo que ha supuesto.

- Diagnóstico de enfermería (NANDA, 00078): Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con falta de habilidades para manejar sus propios

cuidados de salud, manifestado por el consumo de drogas y hábitos nutricionales inadecuados.

-Objetivos (NOC, 1600): Mantener una buena salud, identificar las actividades necesarias para mantener la salud y expresar sus deseos de mantener una buena salud.

-Intervenciones (NIC):

(5240) Analizar los efectos nocivos o perjudiciales de determinadas conductas, incidiendo sobre todo los hábitos nutricionales y en el consumo de tóxicos, estimular la máxima participación de la persona en sus cuidados.

(8700) Organizar un horario de comidas con la dieta adecuada a su situación, informar a la familia en la educación sanitaria y en los cuidados, respetando siempre sus deseos y los de la persona.

(7100) Implicar a la familia en las distintas actuaciones, especificar los recursos con que cuenta para superar su dificultad con el consumo de tóxicos.

(5510) Valorar la conveniencia de participar en programas de educación sanitaria y de tratamiento de la drogodependencia, estimular a la participación en grupos de terapia especializada y fomentar paulatinamente la toma de decisiones en aquellas áreas en que la persona se sienta preparada.

6.- Discusión

La bibliografía consultada ha aportado la información necesaria para profundizar en el conocimiento acerca de la drogadicción, de manera que, tal como ha quedado descrito a lo largo del trabajo se ha conseguido responder a los objetivos propuestos; no solo en cuanto a los conceptos básicos necesarios para los profesionales de la salud en el contexto de la drogadicción, sino que también se han podido extraer los contenidos que fundamentan las intervenciones enfermeras implicadas en la actuación y colaboración de enfermería en la atención a pacientes que padecen este problema. Además, se ha podido desarrollar el caso clínico que recoge algunos de los diagnósticos que se suelen presentar, con mayor frecuencia, en estos pacientes; a partir de los mismos se han propuesto también las intervenciones más importantes y que pueden ser implementadas por el equipo de enfermería ante un problema y paciente concreto.

La bibliografía empleada o en la que se ha basado este trabajo puede verificar que según el Informe Anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2010) hay una gran demanda de tratamiento por consumo de drogas ilegales en la Unión Europea y que en 2013 las drogas con mayor prevalencia fueron el alcohol, tabaco e hiposedantes, seguidos del cannabis y la cocaína según la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), por lo que resulta de gran interés a nivel sanitario abordar los múltiples problemas que la gente padece al consumir estas drogas.

Sobre la palabra droga, hemos podido comprobar que han existido y existen varias definiciones y significados sobre la misma. Actualmente, y desde la última década se ha asumido el término anglosajón que hace referencia a “aquellas sustancias psicoactivas de acción reforzadora positiva (que inducen a las personas consumidoras a repetir su auto-administración por el “placer” que les proporciona) capaces de generar dependencia psíquica o física (cuando se dejan de tomar pueden generar un malestar psíquico y/o físico) y que ocasionan en muchos de los casos graves deterioros a nivel psicoorgánico, social, laboral, familiar, etc.”. No obstante, en nuestro entorno sociocultural, al término droga se le adjudica un significado que concuerda más con lo que la OMS denomina “droga causante de dependencia”. Sobre ambas definiciones podemos señalar, según la bibliografía consultada, que coinciden en que los pacientes consumidores de estas sustancias generan gran dependencia por ellas y que esto afecta a su comportamiento y a su estado físico de salud y social.

Los conocimientos recogidos en este trabajo son importantes para los profesionales de enfermería, entre otros porque pueden ayudar a entender la adicción a la droga como una enfermedad y a conocer el significado de las manifestaciones de este trastorno (por abstinencia, adherencia, etc.); a poder comprender a la persona que lo padece, como un enfermo que necesita ayuda. Y, a entender que los profesionales de enfermería pueden, como parte del equipo asistencial, participar, con este saber, no sólo en la cobertura de las necesidades básicas que el paciente suele presentar, sino también, en la elaboración e implementación de programas tanto preventivos como de tratamiento y de rehabilitación. Por todo esto, es importante haber realizado el trabajo sobre la actualización de estos conocimientos. Más aún, si se tienen en cuenta los resultados sobre la incidencia y prevalencia de la drogadicción, expuestos en el primer apartado de este trabajo; datos que indican la existencia de un número muy amplio de personas que presentan este problema, lo que unido a la mejora en los tratamientos e intervenciones

(descritas en diferentes apartados), ratifican cómo estos conocimientos son necesarios para el cuidado apropiado de las personas en drogadicción.

Es importante destacar aquí, que una de las complicaciones que he tenido, en el desarrollo de este trabajo, han sido la escasez de artículos que relacionan a enfermería como agente de cuidados a los pacientes en el área de la drogadicción y la drogodependencia. En esta línea, nos ha resultado complicado encontrar datos científicos actualizados y de validez que expresen la actuación de enfermería ante pacientes con trastornos del control de impulsos como es el que nos concierne.

Personalmente, asignaturas del Grado en Enfermería en la Universidad de Almería, como Salud Mental, Psicosociales, Enfermería del Adulto o Fundamentos de la Enfermería han ayudado a la realización de este trabajo, por la adquisición de algunos conocimientos o conceptos y a la redacción del mismo. Los artículos y bibliografía utilizada también me han aportado nuevos conocimientos sobre todo con los datos de prevalencia e incidencia o con los diferentes programas dedicados a la resolución de problemas tratado en este trabajo.

Creo que la realización de este trabajo me ha aportado ideas que desarrollaría en nuevos trabajos en este tema, como puede ser la investigación de la satisfacción de los usuarios con los programas propuestos para tratar el problema de la drogadicción y las recaídas de los mismos por no ser eficientes dichos programas o intervenciones realizadas.

7.- Conclusiones

- La drogodependencia es un problema de salud que afecta a un gran número de personas en Europa y en España por ello saber afrontarlo y dar ayuda y apoyo a los pacientes que lo sufren es crucial para su curación.
- Hay que tener en cuenta que la persona que padece esta enfermedad (trastorno de control de impulsos) tiene problemas a nivel físico, psíquico y social, por lo cual hay que abordar a esta persona desde esos tres ámbitos.
- La drogodependencia, suele desencadenar problemas específicos en la salud, entre ellos la malnutrición o las infecciones, y otros psicoafectivos, que se expresan en la valoración negativa que la persona tiene sobre sí misma, como es la depresión. Esta

adquiere gran importancia en la continuación, constancia y disciplina necesaria durante el proceso de curación y para evitar consecuencias futuras que pueden ser más difíciles de abordar o incluso fatales para la persona.

- Enfermería puede colaborar a nivel de prevención, mediante la educación o la percepción precoz de este problema en la persona que lo sufre, a nivel de tratamiento a través de la continuidad y la implicación en su curación y a nivel de rehabilitación ayudando a la persona a la integración y acomodación a su vida social y laboral.

- El conocimiento de este problema está poco desarrollado en los profesionales de salud y de enfermería en particular. Estos profesionales deberían participar en programas educativos y ser instruidos, para conseguir la eficacia en la prevención y curación de los pacientes.

Bibliografía

1. Observatorio español de la droga y las toxicomanías. INFORME 2015 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad 2015; 9-18
2. Consejería de Salud y Bienestar Social. La población andaluza ante la droga XII. Junta de Andalucía 2011; 24-95
3. Osuna-Fuentes JM. Drogas: ¿Un fenómeno en evolución?. Carel 2005; (1)
4. García-Fernández G, García-Rodríguez O, Secades-Villa R. Neuropsicología y adicción a drogas. Papeles del Psicólogo, 2011; 32(2): 159-165
5. Pereiro-Gómez C, Bermejo-Barrera A, López- De Abajo B. Muerte por sobredosis: de la reacción aguda tras consumo de opiáceos a la muerte asociada al policonsumo. Monografía Opiáceos, 2005; 17(2): 153-169
6. Memoria 2014 Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias. Atención a drogodependencias y adicciones 2014; 4-40
7. Consejería de Salud y Bienestar Social. Manual para la prevención Comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones 2008; 40-69
8. Sales-Orts R. Los cuidados de enfermería en Salud Mental y en las drogodependencias. Revista Española de drogodependencias, 2004; 29(1y2): 5-8

9. Áreas de gobierno de seguridad y emergencias. Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias. Instituto de adicciones de la Ciudad de Madrid 2015; 43-49
10. Forcada-Chapa R, Santos-Díez FJ, González-Monte C. Expectativas previas y satisfacción del usuario en un programa de tratamiento de mantenimiento con metadona Revista Española de drogodependencias, 2006; 31(1): 185-195
11. Herrera-Arce A, Betolaza-López de Gámiz E, Murua-Navarro F, Martínez H, Jiménez-Lerma JM. Enfermería en adicciones. El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon a propósito de un caso práctico. Trastornos Adictivos 2003;5(2):58-74
12. Caballero-Hidalgo A, González B, Pinilla J, Barbelo P. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. Gaceta Sanitaria 2005; 19(6): 440-7.
13. Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías. Informe Anual “El problema de la Drogodependencia en Europa” 2006
14. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES). Madrid 2003, 2005 y 2007
15. Granados-Gámez G, Sánchez-Bujaldón M, Castellanos-Tejero M Cuidados en los trastornos del control de impulsos: Toxicomanías y Ludopatía. Enfermería en Salud Mental 2011; 187-202
16. Rigol, A., & Ugalde, M. (1995). Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Barcelona: Salvat.

