



Universidad
Zaragoza



Escuela Universitaria de Enfermería (E.U.E):
Huesca

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2015/2016

TRABAJO FIN DE GRADO

CASO CLÍNICO: PSICOSIS INDUCIDA POR CONSUMO DE DROGAS,
IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA.

Autora: Dña. Alba Asín Mallor.

Tutora: Dña. María Eugenia Estrada Fernández.

INDICE

1.RESUMEN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2.INTRODUCCIÓN	4
3.OBJETIVOS	6
4.METODOLOGÍA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5.DESARROLLO	7
5.1- VALORACIÓN GENERAL.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<i>Datos generales</i>	8
<i>Antecedentes patológicos de interés</i>	8
<i>Antecedentes psiquiátricos de interés</i>	8
<i>Enfermedad actual</i>	9
<i>Tratamiento médico</i>	9
<i>Tratamiento psicológico pautado en la unidad</i>	9
<i>Objetivos del ingreso</i>	10
<i>Valoración física</i>	10
<i>Historia clínica</i>	11
<i>Organización de los datos por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.</i>	15
<i>Análisis de los datos</i>	19
5.3-PLANIFICACIÓN/EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS	20
<i>Problemas de colaboración</i>	20
<i>Diagnósticos de enfermería</i>	20
<i>Actividades enfermeras</i>	23
5.4-EVALUACIÓN/SEGUIMIENTO	32
6.DISCUSIÓN/IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.	34
ANEXOS	35
BIBLIOGRAFÍA	45

1. RESUMEN

En este trabajo se presenta un caso clínico en el que un joven de 19 años ingresa en la unidad de corta estancia de psiquiatría del hospital San Jorge de Huesca por brote psicótico y heteroagresividad física y verbal hacia su madre a consecuencia del consumo habitual de cannabis y cocaína.

Con respecto a la valoración del paciente se ha empleado el modelo de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Además se ha utilizado la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (2015-2017), NIC (Nursing interventions classification) y NOC (Nursing outcomes classification), y la escala tipo likert para evaluar los resultados, además de otras escalas específicas.

En referencia a los problemas observados, se ha seleccionado el diagnóstico **Conocimientos deficientes: consecuencias del consumo de drogas (cocaína y cannabis)** r/c no se le ha proporcionado suficiente información, falta de interés m/p conductas inapropiadas: consumo diario de cannabis y mensual de cocaína. Informes verbales: " No creo que fumar sea tan malo. Cuando lo hago me siento bien y me olvido de todo".

El plan de cuidados se dirige a aumentar los conocimientos del paciente acerca de las drogas y sus efectos tanto en su salud como en los distintos ámbitos de su vida, así como la motivación para que tome la decisión de comenzar a abandonar su consumo.

Tras mes y medio de ingreso en la unidad, una vez llevadas a cabo las actividades de enfermería, el paciente adquirió conocimientos acerca de las drogas y se hizo consciente de su situación. Se dio cuenta de que las drogas no son la solución para resolver sus problemas y encontró la motivación para tomar la decisión de dejarlas.

Palabras Clave: Cannabis, cocaína, abuso de marihuana, trastornos psicóticos, psicosis inducidas por sustancias, atención de enfermería.

2. INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicóticos engloban un gran número de subcategorías de trastornos mentales que se caracterizan por la presencia de psicosis.

La psicosis hace referencia a la pérdida de contacto con la realidad, con grave deterioro de la evaluación de la misma. Entre los síntomas que la caracterizan se encuentran los pensamientos confusos, las falsas creencias (delirios), las alucinaciones, los cambios en la conducta, afectivos y de percepción ⁽¹⁾.

Dependiendo de los síntomas, de la duración de los mismos y de los factores etiológicos, se pueden encontrar diversos tipos de psicosis. En este trabajo, el tipo de psicosis que se presenta es la psicosis inducida por consumo de drogas que se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de alguna droga, en este caso debido al consumo prolongado de cannabis y cocaína⁽¹⁾⁽²⁾.

La aparición de este trastorno produce en el individuo que la padece una gran incapacidad ya que interfiere en numerosas áreas de la vida impidiendo que el sujeto desarrolle su vida académica o laboral, social y afectiva. Así pues, será realmente importante la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico puesto que son fundamentales en el curso de la enfermedad, en la disminución de los síntomas, en la prevención de recaídas, en la mejora de las habilidades de afrontamiento y en el funcionamiento de las actividades diarias ⁽³⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las drogas son sustancias que introducidas en el organismo por cualquier vía de administración, producen una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y son además susceptibles de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Así, el abuso de drogas ilegales como la cocaína y el cannabis es uno de los grandes problemas de salud pública que se presentan hoy en día en la sociedad, especialmente entre los adolescentes y adultos jóvenes ^{(1) (4)}.

La cocaína y el cannabis son las drogas ilegales cuya prevalencia de consumo ha aumentado de forma más clara en la última década. El éxito entre los jóvenes se debe a que son relativamente baratas, son fáciles de elaborar y tienen fama de no crear dependencia ⁽⁵⁾.

Los preparados del cannabis sativa (hachís, marihuana, polen...), constituyen la droga ilegal más extendida en Europa. Más de 78 millones de europeos reconocen haberlos utilizado en algún momento de su vida. Teniendo en cuenta que en España el 17,2% de la población entre 15 y 24 años reconoce haber consumido cannabis en el último mes, se puede dar una correcta dimensión al problema social que supone el tráfico y consumo de esta droga ilegal ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾.

En referencia al consumo de cocaína, España es líder europeo. De media, en Europa 14 millones de personas han consumido por lo menos una vez en su vida. La tasa de abuso a lo largo de la vida se estima en un 2%, con un consumo máximo en la franja de 18- 25 años (1,3%) y 26-34 años (1,29%) siendo los varones lo que más consumen⁽⁵⁾⁽⁸⁾.

Resolver un problema como la drogodependencia es un proceso largo en el tiempo y difícil para la persona afectada, así pues la labor enfermera en este caso clínico tendrá el objetivo de informar al paciente y aumentar su conocimiento sobre las consecuencias del consumo habitual de drogas así como ayudarle y motivarle para que tome la decisión de abandonar dicho consumo.

3. OBJETIVOS

Los objetivos que se pretende alcanzar con este trabajo son:

GENERAL

- Desarrollar un caso clínico utilizando el modelo de valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, que cumple las competencias disciplinarias adquiridas y descritas en el plan de estudios de Grado en Enfermería.

ESPECIFICOS

- Resaltar la labor enfermera a la hora de otorgar los conocimientos necesarios en relación al consumo de drogas.
- Evaluar la capacidad del paciente de comprender la magnitud del problema como es el consumo de drogas.
- Determinar los principales problemas que presenta el paciente con trastorno psicótico inducido por drogas: cocaína y cannabis.
- Aumentar la motivación del paciente para alcanzar la etapa de preparación e iniciar su deshabituación.
- Aplicar las competencias adquiridas y descritas en el plan de estudios Grado.

4. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la valoración del paciente se ha empleado el modelo de patrones funcionales de salud propuesto por Marjory Gordon ⁽⁹⁾.

Con respecto a la formulación de los diagnósticos enfermeros y la planificación de los cuidados se ha utilizado la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)(2015-2017)⁽¹⁰⁾, NIC (Nursing interventions classification)⁽¹¹⁾ y NOC (Nursing outcomes classification)⁽¹²⁾.

Además, se ha usado la escala tipo Likert para evaluar la consecución de los objetivos. También se ha evaluado la intensidad de la ansiedad según la escala de ansiedad de Hamilton ⁽¹³⁾ **ANEXO I**, la motivación para dejar de fumar mediante el test de Richmond ⁽¹⁴⁾ **ANEXO II**, el deseo por fumar (craving) ⁽¹⁵⁾ y la fase de cambio en la que se encuentra en relación al consumo de drogas según el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente ⁽¹⁶⁾ **ANEXO III**.

Búsqueda Bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se ha realizado durante el mes de Enero, Febrero y Marzo de 2016, en diferentes bases de datos y buscadores: Scielo, Dialnet y el repositorio Zaguán.

Además, se ha recogido información en la Unidad de Corta Estancia del hospital San Jorge de Huesca y en el Servicio de Menores del Instituto Aragonés de Servicios sociales.

5. DESARROLLO

5.1 VALORACIÓN GENERAL

-TABLA I. Datos generales.

NOMBRE: Javier. *
EDAD: 19 años.
SEXO: varón.
PERSONA CON LA QUE CONVIVE: Padres.
PROFESIÓN HABITUAL: Estudiante.
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL: Realiza un taller de empleo del INEM.
PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN: El propio paciente y sus padres.
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Psicosis inducida por consumo de drogas (cannabis y cocaína).
MOTIVO DEL INGRESO (EN PALABRAS DEL PACIENTE): "Tenía alucinaciones, veía a la virgen tapada de negro que me decía iguapo guapo!, y pensé que mi madre era un hombre y le pegué".
ALERGIAS CONOCIDAS: No conocidas

-Antecedentes patológicos de interés

- Intervención quirúrgica: hidrocele congénito.
- Radiografía de tórax con calcificaciones.
- Abuelo (por parte de padre), falleció por tuberculosis.

-Antecedentes psiquiátricos de interés

- Consumo de tóxicos (cannabis, cocaína).

*Para evitar la identificación del paciente, se hace referencia en todo momento a un nombre ficticio. (Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal).

-Enfermedad actual

Javier es un varón de 19 años que acude a urgencias por primer episodio psicótico con alucinaciones visuales y auditivas. El paciente es consumidor diario de cannabis y mensual de cocaína. Tras valoración en urgencias ingresa de forma voluntaria por primera vez en la unidad de corta estancia de psiquiatría del hospital San Jorge de Huesca para su estabilización.

-Tratamiento médico

- **TABLA II. Tratamiento farmacológico. Medicación pautada en la unidad ⁽¹⁷⁾.**

FÁRMACOS	POSOLOGÍA	ACCIÓN FARMACOLÓGICA	EFECTOS SECUNDARIOS	VIA DE ADMINISTRACIÓN
Amisulprida 400g	9h- 1 comprimido 13h- 1 comprimido 20h - 1 comprimido	Antipsicótico con afinidad D2/D3 del receptor dopaminérgico humano.	Temblor, rigidez, escasez de movimientos, aumento de salivación, somnolencia	Oral. comprimido
Olanzapina 10 mg	9h-5mg 13h-10mg 20h-10mg	Antipsicótico, antimaniaco, estabilizador del ánimo.	Somnolencia, aumento del apetito y peso, hipotensión ortostática.	Oral. Comprimido bucodispersable
Lormetazepam 1mg	SI PRECISA (15-30 min antes de acostarse. Si insomnio)	Ansiolítico.	Trastorno de atención, somnolencia, mareo, sedación, vómitos, nauseas.	Oral.comprimido

-Tratamiento psicológico pautado en la unidad:

Evitar que el personal sanitario masculino hable con él, ya que se tensa y se pone nervioso. Es preferible personal femenino.

-Objetivos del ingreso

- Disminución de la sintomatología
- Adherencia al tratamiento
- Aumento de conocimientos acerca de las drogas y sus efectos.
- Aumento de la motivación para comenzar a abandonar su consumo. (Evolución de la fase de contemplación a la fase de preparación).

-Valoración física

TABLA III. Constantes vitales.

Tensión arterial brazo derecho: 135/68 mmHg (Milímetros de mercurio)
Tensión arterial brazo izquierdo: 130/62 mmHg
Pulso radial: 115 x´ (Pulsaciones por minuto)
Pulso pedio: 108 x´
Patrón respiratorio: <ul style="list-style-type: none">- Frecuencia respiratoria: 15 r.p.m (respiraciones por minuto)- Ritmo : Regular- Volumen : Normal- Carácter : Sin esfuerzo, sin uso de los músculos accesorios, sin ruidos.
Temperatura axilar: 36,5°C (axila)
Saturación: 98 spO ₂ (Saturación de Oxígeno)

TABLA IV. Exploración física.

Peso: 67 kg
Talla : 1,78 metros
IMC: kg/m ² = 21.20 (normopeso)
Piel íntegra, normocoloreada y normohidratada
No presenta dificultades en la masticación ni en la deglución.
No presenta alteraciones en el gusto
Dilatación en la oreja (derecha) y piercing en la nariz
Pupilas isocóricas y normoreactivas

No lleva prótesis dental

TABLA V. Valoración senso perceptiva.

Buena orientación autopsíquica y alopsíquica
Alucinaciones visuales y auditivas
Estado ansioso por no poder fumar

TABLA VI. Otras valoraciones. Al ingreso.

Test de motivación para dejar de fumar- RICHMOND	Resultado al ingreso- puntuación: 3 puntos
Craving- Tabaco.(Deseo de fumar) Valoración del 0-10. -0: Ningún deseo -10: Extremadamente intenso	Resultado al ingreso- 8 (deseo intenso)
Test de ansiedad de HAMILTON	Resultado al ingreso: 20 (muy ansioso)
Etapa de cambio según el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente.	Resultado al ingreso: Fase de contemplación

-Historia clínica

Javier es un varón de 19 años procedente de Monzón que ingresa el día 26/01/2016 en urgencias por primer episodio psicótico y heteroagresividad física y verbal hacia su madre a consecuencia de ello. Tras valoración en urgencias ingresa de forma voluntaria por primera vez en la unidad de corta estancia de psiquiatría del hospital San Jorge de Huesca.

Javier vive con sus padres en Monzón. No tiene hermanos. Al preguntarle por ello, contesta: "Soy de Monzón, vivo con mis padres leo y géminis".

Actualmente realiza un taller de empleo del INEM para ser electricista, dice estar contento. Hasta el momento tenía buenos rendimientos y cumplía horarios. Estudió 3º ESO sacando buenas notas, en 4º ESO repitió y

abandonó los estudios. En el año 2013/14 comenzó un grado medio en Huesca que también abandonó, así como la escuela de adultos en Monzón.

Es consciente del motivo de su ingreso. Comenta: "Estoy aquí porque tenía muchas alucinaciones. Llegué de las prácticas a casa y cuando entré en la cocina vi a la virgen cubierta con un manto negro, además se tapaba la boca tímidamente y me decía iguapo! iguapo!, también creí que mi madre era un hombre, tenía la mirada de un hombre virgen... le pegué varios puñetazos, me volví loco. Me arrepiento de haber pegado a mi madre, pero es que esa imagen me asustaba".

Al preguntarle si semanas antes de su ingreso había tenido alucinaciones dice: "Sí, en las prácticas también tenía, veía bichos en el techo con ojos rojos que me miraban. Un día me subí a una escalera a arreglar unos cables y al girar la cabeza aparecieron monstruos por todos los lados. Tuve que bajarme de la escalera y decirle a mi compañero que siguiera él, porque yo estaba flipando". Además refiere que estos últimos días veía a una chica con la que salía, a la que llama "virgo". "Estos últimos días veía a virgo en alucinaciones en el espacio exterior".

Su comportamiento durante este último mes era extraño, especialmente las dos últimas semanas anteriores al ingreso según sus familiares. Javier le decía a su madre: "¿me has dicho gay?" sin embargo, la madre no había hablado. Además, tenía risas inmotivadas y episodios de autoreferencialidad: "Me ha mirado un hombre", "la gente me mira". En el baño soliloquios: "Calla, calla, déjame en el baño", "calla que no te escucho". Estaba inquieto, suspicaz.

Fuma un paquete de tabaco y 2 porros de cannabis diario. Lleva fumando (tanto tabaco como porros) desde los 13 años. Refiere que comenzó en el instituto con amigos. Dice que a veces cuando sale de fiesta, consume cocaína (0,5-1gramo mensualmente). Lo lleva haciendo desde los 15 años. Empezó con su primo. Además expone que el día de antes al ingreso había consumido cocaína y había fumado porros. Dice: "No creo que fumar sea tan malo. Cuando lo hago me siento bien y me olvido de todo". No lo oculta, se define a sí mismo como un "yonki".

Está inquieto e intranquilo porque quiere fumar y no puede al estar ingresado.

Al preguntarle por la dieta comenta: "yo como lo que me hace mi madre".
Su dieta habitual es:

Desayuno: Café con leche, zumo, galletas, a veces tostada.

Comida: Acelgas, pechuga, yogurt.

Merienda: Bocado de "Nocilla" y un zumo.

Cena: Pescado y ensalada.

Mi comida preferida son los macarrones con tomate. No me gusta mucho la fruta.

Toma 8 vasos de agua al día (2,5 Litros). Entre semana no bebe alcohol, ni durante las comidas ni cuando queda con los amigos. Cuando sale de fiesta, una o dos veces al mes, bebe dos copas. No tiene problemas para masticar ni para deglutir. No lleva prótesis dental. No tiene alteraciones en el gusto. No tiene signos de deshidratación. Piel y mucosas integra y normocoloreadas.

Defeca 1 o 2 veces al día, heces blandas, sin dolor ni molestias. Orina 6 veces al día, orina clara y olor normal. La sudoración también es normal.

Se encuentra satisfecho con su imagen corporal, lleva ropa adecuada a su edad y clima. Se ducha 5 veces a la semana y se lava los dientes 2 o 3 veces al día.

En casa duerme 8 horas y se levanta descansado, sin embargo comenta, que al estar ingresado en la unidad, le cuesta conciliar el sueño porque está nervioso, quiere fumar. Normalmente no duerme siesta, aunque a veces si llega cansado de las prácticas sí que se echa 20 minutos.

Comenta que le gusta escuchar música, ver películas, también dice: " Me gusta salir a pasear todos los días con mi colega Adrián y su perro" Además, le gusta acompañar a otro amigo a hacer descenso con la BMX. Dice que antes él también practicaba, pero que ahora no porque le da más miedo.

La velocidad, cantidad y volumen de su lenguaje es normal. No obstante, tiene problemas a la hora de comunicarse con el personal sanitario masculino. Cuando lo hace se muestra tenso y nervioso.

Javier presenta un conflicto interno con su orientación sexual lo que le genera un gran malestar. Impresionan los rasgos obsesivos con respecto a la homosexualidad. A los 14 años refiere ser homosexual, no obstante, ahora niega serlo y se muestra ofendido con respecto al tema. Al preguntarle por su época en el instituto contesta: "En el instituto me llamaban igay, gay! al final yo me lo creí y actuaba como tal. Me he liado con chicos. Después conocí a una chica, virgo, estuve con ella dos meses y me dejó por otro. Ella me decía imaricón! imaricón!". Esta situación de inseguridad con respecto a su identidad dificulta aún más la relación con sus padres, la cual no es buena por las constantes discusiones debido a la baja tolerancia a la frustración de Javier y a su consumo de tóxicos. Javier se siente incomprendido por ellos.

Los padres se encuentran muy confusos y desconcertados con la orientación sexual de Javier: "A los 14 años nos dijo que era homosexual, ilo dijo para provocarnos!, pero bueno... Sin embargo, ahora desde verano está obsesionado por tener novia iahora le gustan las mujeres e insulta a los homosexuales!, no hay quien le entienda".

Actualmente no tiene pareja. Dice que cuando mantiene relaciones sexuales utiliza medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Javier comenta que la persona más significativa en su vida es su abuelo paterno fallecido. Se entristece al recordarlo.

En referencia a sus creencias dice que no cree en la iglesia católica. Refiere: "No creo en Dios, creo en otras cosas".

Durante la entrevista se muestra colaborador, orientado en espacio y tiempo.

-Organización de los datos por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

TABLA VII. Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

<p>1. <u>PATRÓN PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO DE LA SALUD</u></p> <p>Conciencia de enfermedad: Es consciente del motivo de su ingreso.</p> <p>Hábitos perjudiciales: Fuma un paquete de tabaco y 2 porros de cannabis diario. Lleva fumando (tanto tabaco como porros) desde los 13 años. Comenzó en el instituto con amigos. Dice que a veces cuando sale de fiesta, consume cocaína (0,5-1gramo mensualmente).Lo lleva haciendo desde los 15 años. Empezó con su primo. Además refiere que el día de antes al ingreso había consumido cocaína y había fumado porros. Dice:” No creo que fumar sea tan malo. Cuando lo hago me siento bien y me olvido de todo”.</p>
<p>2. <u>PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO</u></p> <p>Dieta habitual: Al preguntarle por la dieta comenta:”yo como lo que me hace mi madre”. Su dieta habitual es:</p> <p>Desayuno: Café con leche, zumo, galletas, a veces tostada.</p> <p>Comida: Acelgas, pechuga, yogurt.</p> <p>Merienda: Bocado de “Nocilla” y un zumo.</p> <p>Cena: Pescado y ensalada.</p> <p>Mi comida preferida son los macarrones con tomate. No me gusta mucho la fruta.</p> <p>Ingesta diaria de líquidos: Toma 8 vasos de agua al día (2,5 Litros). Entre semana no bebe alcohol, ni durante las comidas ni cuando queda con los amigos. Cuando sale de fiesta, una o dos veces al mes, bebe dos o tres copas.</p> <p>Alteraciones observables en la alimentación: No tiene problemas para masticar ni para deglutir.</p>
<p>3. <u>PATRÓN DE ELIMINACIÓN</u></p>

Intestinal: Defeca 1 o 2 veces al día, heces blandas, sin dolor ni molestias.

Urinaria: Orina 6 veces al día, orina clara y olor normal. La sudoración también es normal

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Vestido/arreglo personal: Lleva ropa adecuada a su edad y clima. Se ducha 5 veces a la semana y se lava los dientes 2 o 3 veces al día.

Actividades habituales diarias: Sale a pasear todos los días con un amigo (Adrián) y su perro. Le gusta escuchar música, ver películas... También le gusta acompañar a otro amigo a hacer descenso con la BMX. Dice que antes él también practicaba, pero que ahora no porque le da más miedo.

5. PATRÓN SUEÑO/DESCANSO

Patrón habitual de sueño: En casa duerme 8 horas y se levanta descansado. Sin embargo comenta que al estar ingresado en la unidad, le cuesta conciliar el sueño porque está nervioso, quiere fumar. Normalmente no duerme siesta, aunque a veces si llega cansado de las prácticas sí que se echa 20 minutos.

6. PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTIVO

Orientación: Se encuentra orientado en espacio y tiempo.

Expresión del lenguaje: La velocidad, cantidad y volumen de su lenguaje es normal.

Alucinaciones: Presenta alucinaciones visuales y auditivas. Comenta: "Estoy aquí porque tenía alucinaciones. Llegué del trabajo a casa y cuando entré en la cocina vi a la virgen cubierta con un manto negro, además se tapaba la boca tímidamente y me decía iguapo! iguapo!, también creí que mi madre era un hombre, tenía la mirada de un hombre virgen... le pegué varios puñetazos, me volví loco".

"Sí, en el trabajo también tenía, veía bichos en el techo con ojos rojos que me miraban. Un día me subí a una escalera a arreglar unos cables y al girar la cabeza aparecieron monstruos por todos los lados. Tuve que bajarme de la escalera y decirle a mi compañero que siguiera él, porque yo estaba flipando" Además refiere que estos últimos días veía a una chica con la que salía, a la que llama "virgo". "Estos últimos días veía a virgo en alucinaciones en el espacio exterior".

Javier le decía a su madre: "¿me has dicho gay?" sin embargo, la madre no había hablado. Además, tenía risas inmotivadas y episodios de autoreferencialidad: "Me ha mirado un hombre" "La gente me mira". En el baño soliloquios: "calla, calla, déjame en el baño", "calla que no te escucho".

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

Sentimientos respecto a sí mismo: Se encuentra satisfecho con su imagen corporal.

Se define a sí mismo como un "yonki".

8. PATRÓN ROL/RELACIONES

Profesión: Actualmente realiza un taller de empleo del INEM para ser electricista, dice estar contento. Hasta el momento tenía buenos rendimientos y cumplía horarios.

Estudió 3º ESO sacando buenas notas, en 4º ESO repitió y abandonó los estudios. En el año 2013/14 comenzó un grado medio en Huesca que también abandonó, así como la escuela de adultos en Monzón

Estructura y rol familiar: Javier vive con sus padres en Monzón. No tiene hermanos. La relación con sus padres no es buena por las constantes discusiones debido a la baja tolerancia a la frustración de Javier y a su consumo de tóxicos diario

.

Relación con los demás: Tiene problemas a la hora de comunicarse con

el personal sanitario masculino. Cuando lo hace se muestra tenso y nervioso.

Persona más significativa: Su abuelo paterno fallecido.

9. PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Medidas de prevención de ETS: Dice que cuando mantiene relaciones sexuales utiliza medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Pareja: Actualmente no tiene pareja.

Observaciones: Javier presenta un conflicto interno con su orientación sexual lo que le genera un gran malestar. Impresionan los rasgos obsesivos con respecto a la homosexualidad. A los 14 años refiere ser homosexual, no obstante, ahora niega serlo y se muestra tenso y ofendido con respecto al tema. Al preguntarle por su época en el instituto contesta: "En el instituto me llamaban igay, gay! al final yo me lo creí y actuaba como tal. Me he liado con chicos. Después conocí a una chica "virgo", estuve con ella dos meses y me dejó por otro. Ella me decía imaricón! imaricón!"

10. PATRÓN ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Estrategias de adaptación/control: Consume cannabis y cocaína como recurso para afrontar los problemas: "Cuando lo hago me siento bien y me olvido de todo". Baja tolerancia a la frustración.

11. PATRÓN VALORES-CREENCIAS

No cree en la iglesia católica. Refiere: "No creo en Dios, creo en otras cosas".

-Análisis de los datos

Javier es un joven de 19 años que vive con sus padres en Monzón. Ingresó en la unidad de corta estancia de psiquiatría del hospital San Jorge de Huesca tras ser valorado en urgencias por primer episodio psicótico y heteroagresividad física y verbal a su madre a consecuencia del mismo.

Desde hacía un mes, en especial las dos últimas semanas anteriores al ingreso, presentaba alucinaciones auditivas, visuales y un comportamiento extraño: risas inmotivadas, soliloquios, episodios de autorreferencialidad.

Javier fuma diariamente un paquete de tabaco y dos porros de cannabis desde los 13 años, y consume cocaína (0,5-1 gramo) mensualmente desde los 15 años. Desconoce los efectos nocivos de fumar cannabis y consumir cocaína, ya que dice que no cree que sea tan malo. Además dice que se siente bien cuando lo hace. A su vez, refiere encontrarse intranquilo e inquieto por no poder fumar mientras está ingresado en la unidad y que tiene dificultades a la hora de conciliar el sueño.

La relación con sus padres no es buena, existen problemas de convivencia familiar y constantes discusiones. Su confusión acerca de su orientación sexual y la obsesión con respecto a la homosexualidad es uno de los problemas que dificultan la relación paterno-filial, debido al malestar y la inestabilidad emocional que esto le produce y el sentimiento de falta de apoyo por parte de sus padres.

5.2-FORMULACIÓN DE PROBLEMAS

-Problemas de colaboración

- **PC: Alucinaciones visuales y auditivas** secundarias a trastorno psicótico inducido por drogas
- **PC: Heteroagresividad** secundaria a trastorno psicótico inducido por drogas
- **PC: Síndrome de abstinencia** secundaria a consumo de cocaína y cannabis.
- **PC: Dependencia a la nicotina** secundaria a fumador de un paquete diario.
- PC: Relación paterno-filial disfuncional** secundaria a falta de comprensión y apoyo.

-Diagnósticos de enfermería ⁽¹⁰⁾

- **00126 Conocimientos deficientes: consecuencias del consumo de drogas (cocaína y cannabis)** r/c no se le ha proporcionado suficiente información, falta de interés m/p conductas inapropiadas: consumo diario de cannabis y mensual de cocaína. Informes verbales: " No creo que fumar sea tan malo. Cuando lo hago me siento bien y me olvido de todo".
- 00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud** r/c fracaso al intentar conseguir una sensación de control óptima m/p abuso de drogas: cocaína y cannabis.

5.3-PLANIFICACIÓN/EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS ^{(11) (12) (18)}

- **00126 Conocimientos deficientes: consecuencias del consumo de drogas (cocaína y cannabis)** r/c no se le ha proporcionado suficiente información, falta de interés m/p conductas inapropiadas: consumo diario de cannabis y mensual de cocaína. Informes verbales: " No creo que fumar sea tan malo. Cuando lo hago me siento bien y me olvido de todo".

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Criterio de resultado (NOC) ⁽¹²⁾

- (1812) *Conocimiento: control del consumo de sustancias*

Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el control del uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol.

Objetivo general:

Javier en el plazo de un mes y medio adquirirá los conocimientos suficientes sobre las consecuencias del consumo de cannabis y cocaína y habrá desarrollado motivación suficiente para reducir o eliminar su consumo.

TABLA VIII. Escala tipo Likert de conocimiento: control de consumo de sustancias.

<u>INDICADORES</u>	<u>DÍA 1</u>	<u>PUNTUACIÓN DIANA</u>
181202 Consecuencias adversas sobre la salud del abuso de sustancias	<u>3</u>	5
181203 Beneficios de eliminar el consumo de sustancias psicoactivas	<u>2</u>	5
181205 Consecuencias sociales del consumo de sustancias psicoactivas	<u>1</u>	5
181206 Responsabilidad personal en el control del consumo de sustancias	<u>1</u>	5
Puntuación: 1: Ningún conocimiento/ 2: Conocimiento escaso/ 3: Conocimiento moderado/ 4: Conocimiento sustancial / 5: conocimiento		

Objetivos específicos

-Javier en el plazo de la primera semana expresará su deseo por obtener información sobre las drogas que consume (cannabis, cocaína) y sus efectos en la salud.

-Javier en el plazo de la segunda a la cuarta semanas explicará con sus palabras qué es la cocaína y el cannabis, los efectos adversos que su toma producen en su estado de salud así como en su funcionamiento social.

-Javier en el plazo de la quinta semana relacionará la aparición de su sintomatología psicótica con el abuso de cocaína y cannabis.

- Javier en el plazo de la sexta semana asentará los conocimientos y actitudes adquiridas sobre el consumo de tóxicos y evaluará la utilidad de estos conocimientos en el manejo de su situación de salud.

- 1407 consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas

Definición: Gravedad del cambio en el estado de salud y en el funcionamiento social debido a la adicción a sustancias psicoactivas.

Objetivo general:

Javier en el plazo de un mes y medio será consciente de los cambios que las drogas provocan en su estado de salud y funcionamiento social.

TABLA IX. Escala tipo Likert de consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas

INDICADORES	DÍA 1	PUNTUACIÓN DIANA
140720 Dificultad para mantener el rendimiento	2	5
140709 Dificultad para mantener adecuadamente el empleo	2	5
140721 Dificultad para mantener las relaciones sociales	1	5
Puntuación: 1: Grave/ 2: Sustancial/ 3: Moderado/ 4: Leve/ 5: Ninguno		

Objetivos específicos:

-Javier en el plazo de las dos primeras semanas relacionará el consumo de drogas con la disminución de su rendimiento diario.

-Javier en el plazo de la tercera y cuarta semanas explicará cómo las drogas han afectado en su estado de salud.

-Javier en el plazo de la quinta y sexta semanas explicará cómo las drogas han afectado a sus relaciones personales.

Intervenciones de enfermería (NIC) ⁽¹¹⁾

5510- Educación sanitaria

5602- Enseñanza: proceso de enfermedad

5230- Aumentar el afrontamiento.

-Actividades enfermeras

TABLA X. Actividades enfermeras

SEMANA I

- **Actividades relacionadas con los conceptos básicos sobre las sustancias adictivas y su consumo:**

El objetivo es explicar de forma clara y comprensible **qué son las drogas y la drogadicción**. Para ello, se proyectarán en el aula principal de la unidad los videos explicativos del DVD "Todo sobre las drogas" editado por la Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD)⁽¹⁹⁾. Estas proyecciones se harán por bloques relacionados de lunes a viernes durante la primera semana en horario de 10 a 11 horas. Todas las actividades de este apartado se realizarán de forma individual para este paciente o en grupo, en caso de haber otros pacientes que pudiesen beneficiarse de las mismas.

Después del visionado de cada vídeo, Javier comentará lo que para él es más significativo y se establecerá un diálogo en el que se aclararán las dudas y se asentarán los conceptos y aprendizajes. Se proyectarán

entre 3 y 4 vídeos por sesión y el orden de visionado será el siguiente:

- **Lunes:** Bloque de conceptos básicos I:

- Conceptos generales (8' 49'')
- Qué se consideran drogas (2'51'')
- Riesgos de la adicción (3'27'').

- **Martes:** Bloque de conceptos básicos II:

- ¿Es el adicto un enfermo? (1'38''),
- ¿Se puede terminar con las drogas? (1'07''),
- ¿Es difícil desengancharse de las drogas? (41'')
- Actitud ante las drogas (1'32'').

- **Miércoles:** Bloque de sustancias:

- Alcohol (7'26''),
- Derivados del cannabis (7'05'') y cocaína (4'56'')

- **Jueves:** Bloque de razones de los consumos:

- ¿Cómo funciona el cerebro (3'01'')
- Razones antropológicas (2'30'')
- Factores de riesgo (3'35'').

- **Viernes:** Bloque de riesgos genéricos:

- Riesgos para la salud (6') (haciendo especial hincapié al final del este video en el que se asocia el consumo de cocaína con los síntomas psicóticos)
- Riesgos para el entorno próximo (2'50'').
- Riesgos legales y sociales (4'25'').

SEMANA II

- **Actividades relacionadas con el consumo de cannabis:**

El objetivo es informar al paciente de manera sencilla qué es el cannabis y los efectos nocivos de su consumo en la salud. Se desarrollarán durante la segunda semana de ingreso, en el mismo horario de lunes a viernes y de 10 a 11 horas.

Se iniciarán con el visionado del vídeo sobre derivados del cannabis del DVD interactivo "Todo sobre las drogas" ⁽¹⁹⁾ y las actividades se programarán en este orden:

- **Lunes:** Lectura por el paciente y en voz alta del capítulo sobre el cannabis del libro "Guía sobre drogas" del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad ⁽²⁰⁾ que se adjunta como **ANEXO III**. Leerá en concreto los apartados:

-¿Qué es?

- ¿Qué efectos inmediatos produce en el organismo?

Tras la lectura, Javier deberá resumir los conceptos básicos sobre la lectura y reconocer qué efectos inmediatos, tanto físicos como psíquicos, producía en él el consumo de esta sustancia.

- **Martes:** Continuación de la misma lectura en los apartados sobre riesgos y consecuencias del consumo de cannabis y situaciones de especial riesgo (páginas 32-34). Se prestará especial atención al punto que hace referencia al consumo de cannabis y la psicosis (página 33).

Tras la lectura, Javier deberá resumir cuáles son los principales riesgos de su consumo y deberá identificar qué situaciones de las recogidas en la lectura eran de mayor riesgo para él en su ciudad de origen.

- **Miércoles:** Trabajo sobre los mitos y realidades sobre el cannabis.

Esta tarea se realizará con el "Libro marrón del cannabis" editado por la Fundación Ades y el Ministerio de Sanidad ⁽²¹⁾ que se adjunta como

ANEXO IV

Se leerán las 6 frases típicas o mitos sobre el cannabis que aparecen al principio de cada tema, en concreto:

"Es una sustancia muy natural", "Hoy en día la consume todo el mundo", "No es tan mala como otras cosas", "Dicen que sirve para curar algunas enfermedades", "Habría que legalizarlo como en Holanda".

Tras la lectura de cada frase, Javier dará su opinión al respecto y posteriormente se contrastará con los datos objetivos, con el fin de sustituir las ideas erróneas basadas en mitos sobre el consumo por ideas realistas y contrastadas.

- **Jueves:** Continuación del trabajo sobre mitos y realidades del consumo de cannabis. Para ello se utilizará el tríptico "Cannabis ¿te crees todo lo que te cuentan?" ⁽²²⁾, editado por la Diputación Foral de Álava, que se adjunta como **ANEXO V**

La metodología es similar al día anterior, se leerán las ideas erróneas sobre el consumo de esta droga que aparecen en la parte superior del tríptico: "El cannabis no produce adicción", "Es un producto natural", "Sus efectos no son tan graves como los de otras drogas", "Ayuda a curar enfermedades", "Ayuda a concentrarse" y "Ayuda a relacionarse".

Tras la lectura de cada idea errónea, se solicitará a Javier su opinión y posteriormente se le dará el tríptico para que pueda contrastar la idea errónea con la verdadera.

- **Viernes:** Autoevaluación del consumo de cannabis previo al ingreso hospitalario y actividades sobre toma de decisiones para su abandono. Se utilizará el folleto "Cannabis: lo que hay que saber" editado por la Fundación Edex y el Ministerio de Sanidad ⁽²³⁾, que se adjunta como

ANEXO VI

Javier contestará al cuestionario de Autoevaluación del Consumo y así autoevaluará su consumo anterior al ingreso en la UCE, estableciendo así si su consumo es esporádico o hay un componente adictivo que precisa de atención especializada. Posteriormente con el "Libro marrón del cannabis", en concreto con la parte final "Ahora te toca a ti" ⁽²¹⁾. Se trabajará con una tabla. Se recogerán los beneficios del consumo de cannabis en la izquierda y los perjuicios de su consumo en la derecha. Finalmente, se dialogará sobre beneficios y perjuicios, y deberá decidir por sí mismo si desea mantener el consumo o desea eliminarlo definitivamente.

SEMANA III

- **Actividades relacionadas con el consumo de cocaína:**

El objetivo es informar al paciente de manera sencilla qué es la cocaína y los efectos nocivos de su consumo en la salud. Se desarrollarán durante la tercera semana de ingreso, en el mismo horario de lunes a viernes y de 10 a 11 horas.

Se iniciarán con el visionado del vídeo sobre cocaína del DVD interactivo "Todo sobre las drogas" y las actividades se programarán en un orden similar al desarrollado la segunda semana de ingreso con el cannabis.

Los materiales didácticos de apoyo estarán relacionados con esta sustancia:

- El capítulo sobre cocaína del libro "Guía sobre drogas" del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad ⁽²⁰⁾.
- El librito "Rayas: el libro negro de la coca", editado por la Fundación

Ades, el Ministerio de Sanidad y el Gobierno de Aragón,⁽²⁴⁾ que se adjunta como **ANEXO VII**

- El libro "Cocaína", editado por el Gobierno de Aragón y dirigido a población joven,⁽²⁵⁾ que se adjunta como **ANEXO VIII**

- El folleto "Infórmate: Cocaína", editado por el Ayuntamiento de Huesca y el Gobierno de Aragón,⁽²⁶⁾ que se adjunta como **ANEXO IX**

SEMANA IV

- **Actividades relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco:**

El objetivo es informar al paciente de manera sencilla cómo actúa y cuáles son los efectos nocivos de su consumo de alcohol y tabaco en la salud. Se desarrollarán durante la cuarta semana de ingreso, en el mismo horario de lunes a viernes y de 10 a 11 horas.

Se iniciarán con el visionado de los vídeos sobre alcohol y tabaco del DVD interactivo "Todo sobre las drogas" y las actividades se programarán en un orden similar al desarrollado las segunda y terceras semanas de ingreso con el cannabis y la cocaína.

Los materiales didácticos de apoyo estarán relacionados con esta sustancia:

- El librito "Y tú de qué vas cuando bebes alcohol", del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, editado por la Fundación Ades⁽²⁷⁾, que se adjunta como **ANEXO X**

- El folleto "Infórmate: Alcohol", editado por el Ayuntamiento de Huesca y el Gobierno de Aragón,⁽²⁸⁾ que se adjunta como **ANEXO XI**

- El tríptico "Alcohol: conoce tus límites", editado por el Ayuntamiento de Huesca,⁽²⁹⁾ que se adjunta como **ANEXO XII**

- El folleto "Infórmate: Tabaco", editado por el Ayuntamiento de Huesca y el Gobierno de Aragón,⁽³⁰⁾ que se adjunta como **ANEXO XIII**

SEMANA V

- **Actividades relacionadas con el consumo de drogas y la aparición de sintomatología psicótica:**

El objetivo es informar al paciente de la relación directa existente entre el consumo de drogas y la posible aparición de sintomatología psicótica.

Se desarrollarán durante la quinta semana de ingreso, en el mismo horario de lunes a viernes y de 10 a 11 horas y partirán del estudio de casos clínicos en los que existe sintomatología psicótica asociada claramente al consumo de cannabis y cocaína.

- **Lunes:** El profesional de enfermería presentará al paciente, el caso clínico 4 "Cannabis y trastorno de conducta adolescente" del libro "Casos clínicos de psiquiatría relacionados con el consumo de cannabis"⁽³¹⁾

Tras la presentación del caso, el paciente deberá relacionar los consumos de cannabis del adolescente con los síntomas delirantes y alucinatorios que le provocaba, así como el deterioro en sus relaciones personales.

- **Martes:** Se realizará una actividad similar con el caso clínico 21 "Sintomatología afectiva y psicótica del consumidor", presentado en el mismo libro y relativo a un joven de 18 años. ⁽³²⁾

- **Miércoles:** Se realizará una actividad similar relacionada con el consumo de cocaína, en concreto con el caso clínico "Manía vs psicosis tóxica vs trastorno de conducta".⁽³³⁾

- **Jueves:** Se analizará el caso clínico del propio paciente. Javier deberá identificar en sus vivencias personales alucinatorias las causas de las mismas, y lo que le han provocado: conductas y situaciones de riesgo, deterioro de sus relaciones familiares y de sus capacidades laborales y de aprendizaje.

- **Viernes:** Se analizará en su caso particular la relación existente entre el consumo de tóxicos en su vida diaria y la aparición de problemas

físicos, psíquicos y sociales. Se expondrá la importancia de la abstinencia y adherencia al tratamiento farmacológico con la disminución o desaparición de sintomatología psicótica.

SEMANA VI

- **Actividades de refuerzo de los conocimientos adquiridos, sobre la toma de decisiones y alternativas al consumo:**

El objetivo de las actividades es asentar los conocimientos adquiridos las semanas anteriores, fomentar la asertividad en el paciente y ofrecerle alternativas de ocio saludable. Se desarrollarán durante la sexta semana de ingreso y en el mismo horario de 10 a 11 horas.

- **Lunes:** Se le realizarán una serie de preguntas en relación al cannabis y cocaína para comprobar sus conocimientos,⁽³⁴⁾⁽²⁵⁾ se adjuntan como

ANEXO XIV

Tras responderlas, se establecerá un diálogo contrastando las respuestas de Javier con las adecuadas, reforzándose sus aciertos y aclarando sus errores y dudas.

- **Martes:** Actividades sobre la decisión personal ante el consumo de drogas. Se iniciará la actividad con la lectura de la página 14 del libro "Te va a tocar la china"⁽³⁵⁾, editado por el Gobierno de Aragón, En ella se definen las conductas asertivas ante el consumo de drogas. Tras la lectura se establecerá un diálogo relacionando sus conductas pasadas durante la etapa de consumo y las alternativas asertivas que podrá realizar en situaciones futuras.

- **Miércoles:** Actividades sobre cómo evitar o superar la presión de grupo. Se iniciará la actividad con la lectura de la página 15 del libro "Te va a tocar la china"⁽³⁵⁾, en ella se plantean situaciones en las que el grupo de iguales presiona a un joven para el consumo. Javier deberá elaborar respuestas propias y adecuadas para superar esta presión en situaciones similares.

- **Jueves:** Actividades artísticas I. Dado que se trata de un paciente joven se iniciará la actividad escuchando canciones de grupos musicales actuales en cuyas letras se banaliza o incluso se hace apología del consumo de drogas, como "Cannabis" del grupo Ska-P o "Necesito droga y amor" de Extremoduro. Tras escucharlas se establecerá un diálogo crítico sobre sus letras y el efecto que puede suponer para quien las escuche.

- **Viernes:** Actividades artísticas II. Como último día de actividades se propondrá al paciente el realizar una actividad artística personal sobre lo trabajado estas seis semanas, como: Redactar un "Rap del cannabis", redactar una "carta de despedida" hacia una sustancia tóxica o cualquier otra actividad similar que pueda proponer el propio paciente.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

- **Actividades complementarias:**

Se propone realizar otras actividades complementarias que ayudarán al paciente en su proceso de deshabitación a las drogas:

- Darle a conocer enlaces de páginas web relacionadas con su situación sanitaria para que pueda consultarlas,⁽³⁶⁾ que se adjunta como **ANEXO**

XV

- Participar en las sesiones de relajación de la unidad a las 12 de la mañana.

- Se le enseñará a establecer una rutina de ejercicio físico diario. Los martes y jueves Javier con la supervisión del personal sanitario, saldrá a correr durante media hora.

Por último, se hará llegar a los padres del joven diversa documentación y guías de actuación para padres, aprovechando las visitas a su hijo en

la unidad. En concreto se les aportará la siguiente documentación:

- "Drogas: Guía para padres y madres",⁽³⁷⁾ que se adjunta como

ANEXO XVII

- Se les entregará el DVD "Familias: Educar para la Vida", editada por la FAD.⁽³⁸⁾

5.4-EVALUACIÓN/SEGUIMIENTO

TABLA XI. NOC control de consumo de sustancias. Escala tipo likert.

INDICADORES	PRIMER DIA	1 mes y medio DESPUES	PUNTUACIÓN DIANA
181202 Consecuencias adversas sobre la salud del abuso de sustancias	<u>3</u>	<u>5</u>	5
181203 Beneficios de eliminar el consumo de sustancias psicoactivas	<u>2</u>	<u>5</u>	5
181205 Consecuencias sociales del consumo de sustancias psicoactivas	<u>1</u>	<u>4</u>	5
181206 Responsabilidad personal en el control del consumo de sustancias	<u>1</u>	<u>3</u>	5
Puntuación: 1: Ningún conocimiento/ 2: Conocimiento escaso/ 3: Conocimiento moderado/ 4: Conocimiento sustancial / 5: conocimiento extenso			

TABLA XII. NOC consecuencias de la adicción de sustancias psicoactivas. Escala tipo likert.

INDICADORES	PRIMER DIA	1 mes y medio DESPUES	PUNTUACION DIANA
140720 Dificultad para mantener el rendimiento	2	4	5
140709 Dificultad para mantener adecuadamente el empleo	2	4	5

140721 Dificultad para mantener las relaciones sociales	1	4	5
Puntuación: 1: Grave/2: Sustancial/3: Moderado/4: Leve/5: Ninguno			

TABLA XIII. Otras valoraciones. Al alta.

Test de motivación para dejar de fumar- RICHMOND	Resultado al alta- puntuación: 8 (alta)
Craving- Tabaco.(ganas de fumar-intensidad) Valoración del 0-10. -0:Ninguna -10: Muchas	Resultado al alta- puntuación: 5 (Deseo moderado)
Test de ansiedad de HAMILTON	Resultado al alta: 10 (ansiedad moderada)
Etapas de cambio según el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente.	Resultado al alta: Preparación

Tras mes y medio de ingreso en la unidad de corta estancia de psiquiatría del hospital San Jorge de Huesca Javier ha conseguido:

- Aumentar sus conocimientos acerca de lo que son las drogas y sus efectos perjudiciales en la salud.
- Reconocer la relación directa que existe entre el consumo de drogas y la aparición de sintomatología psiquiátrica.
- Reconocer el deterioro de las relaciones familiares y sociales que supone el consumo de drogas.
- Aumentar su motivación para el abandono definitivo del consumo de drogas.
- Conocer alternativas de ocio saludable frente al ocio basado en el consumo de tóxicos.
- Conocer estrategias básicas de afrontamiento en situaciones de riesgo para el consumo de drogas.

Al alta del paciente de la Unidad de Hospitalización se le derivará con el informe de enfermería a la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) de referencia, en concreto a la UASA de Monzón ubicada en el Centro de Salud de esta localidad, para que reciba la atención precisa de enfermería en su proceso de deshabituación del consumo de drogas.

6-DISCUSIÓN/IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

El consumo de drogas es uno de los problemas sociales y sanitarios a los que nos enfrentamos. El desconocimiento de las consecuencias del consumo de estas sustancias así como las creencias erróneas con respecto a ellas, son factores que favorecen su consumo, especialmente entre la población joven, más vulnerable que el resto de grupos etarios. Es por ello, que el aumento de información será fundamental para que nuestros jóvenes tomen consciencia de los peligros que se derivan.

Con este caso clínico, me gustaría dejar constancia de uno de los problemas al que el consumo de drogas puede derivar y que con frecuencia el joven consumidor no le presta importancia, la psicosis, la cual genera una gran incapacidad en el individuo que la sufre, puesto que afecta al buen funcionamiento de numerosas áreas de la vida.

Tras la elección del diagnóstico **conocimientos deficientes: consecuencias del consumo de drogas (cocaína y cannabis)**, llevado a cabo el plan de cuidados y analizando los objetivos propuestos y conseguidos, queda reflejada la importancia de la labor enfermera a la hora de informar y aumentar los conocimientos en referencia al consumo y sus consecuencias adversas así como en la motivación del paciente drogodependiente para abandonar el consumo.

De este modo, espero que este trabajo pueda servir de consulta a otros profesionales de enfermería que se encuentren en casos clínicos similares.

ANEXOS

ANEXO I ⁽¹⁴⁾

TEST DE RICHMOND

Medición del nivel de motivación para dejar de fumar.

Valora la motivación para dejar de fumar en una escala de 0 a 10 puntos.

- **¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?**

No. 0
punto

Sí. 1
punto

- **¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?**

Nada en absoluto. 0 punto

Algo. 1 punto

Bastante. 2 puntos

Muy seriamente. 3 puntos

- **¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?**

Definitivamente no. 0 punto

Quizás. 1 punto

Sí. 2 puntos

Definitivamente sí. 3 puntos

- **¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador?**

Definitivamente no. 0 punto
Quizás. 1 punto
Sí. 2 puntos
Definitivamente sí. 3 puntos

Total puntos:

ANEXO II ⁽¹³⁾

TEST DE HAMILTON DE ANSIEDAD

Definición:

Se trata de una escala en la que el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Paciente:

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse	0	1	2	3	4

solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes					
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido	0	1	2	3	4

intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

ANEXO III ⁽¹⁶⁾

MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE.

Este modelo explica las fases que una persona necesita superar en el proceso de cambio de una conducta problemática a una que no lo es.

La motivación es un factor muy importante en este sentido.

Etapas

- **1-PRECONTEMPLACIÓN:** En esta etapa se sitúan las personas que no expresan deseo de cambiar de conducta a corto plazo (seis meses siguientes). De hecho, estas personas no piensan que tienen un problema de adicción. Las tareas psicológicas fundamentales que corresponden a este estadio son: propiciar la duda e incrementar la percepción que tiene el sujeto de los riesgos y problemas de su conducta actual.
- **2-CONTEMPLACIÓN:** En esta etapa los individuos son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo, sin embargo aún no se han comprometido a pasar a la acción. Esta conciencia sobre su problema adictivo se ve manifiesta en el hecho de que muchas de las personas adictas que acuden a tratamiento lo suelen hacer en esta etapa.
- **3-PREPARACIÓN:** Esta fase (también llamada de determinación o toma de decisiones), se puede definir como el momento en que el adicto se dispone o prepara para actuar. En términos motivacionales, los sujetos que se preparan para actuar manifiestan ser más contrarios que favorables al consumo, inclinándose la balanza y aumentando su disposición al cambio.
- **4-ACCIÓN:** En esta etapa el sujeto realiza los cambios más visibles para modificar su comportamiento, sus experiencias o su entorno con el fin de superar sus problemas. Se considera que los individuos que están en esta fase cuando llevan hasta 6 meses sin manifestar su conducta adictiva, es decir, un periodo de abstinencia de 6 meses.

- **5-MANTENIMIENTO:** Las personas que se sitúan en este estadio han de ser capaces de mantenerse alejadas del comportamiento adictivo y de comprometerse en su nuevo estilo de vida a largo plazo (durante más de seis meses).
- **6-RECAIDA:** La definición de recaída puede entenderse como una situación más dentro de un proceso, o como una fase diferenciada que pone fin al mismo. La recaída se suele producir en los estadios de actuación y de mantenimiento y supone el retroceso a algún estadio anterior. Lo ideal sería que los recaídos se resituaran en el estadio de contemplación o de preparación, ya que podrían volver a retomar el proceso.

ANEXO XIV

PREGUNTAS. EVALUACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE CANNABIS Y COCAINA

-Conteste a las siguientes preguntas:

- 1. ¿Puede provocar el cannabis dependencia psíquica?**
- 2. ¿El consumo de cannabis puede provocar problemas respiratorios?**
- 3. ¿Es habitual entre usuarios de cannabis el consumo de otras drogas?**
- 4. ¿El cannabis se elimina lenta o rápidamente del organismo?**
- 5. Cocaína. Enumere los efectos psicológicos**
- 6. Enumere efectos orgánicos debido a intoxicación aguda de cocaína.**

RESPUESTAS

1 Sí puede, en la medida en que algunas personas se han habituado a tal punto a recurrir a sus efectos (relajarse, divertirse, relacionarse...) que se sienten incómodos a la hora de afrontar tales experiencias sin consumir la sustancia.

2 La manera en que se consumen los derivados del cannabis (sin filtro, inhalando profundamente, y reteniendo el humo en los pulmones), tiene un mayor potencial que el propio tabaco para generar problemas respiratorios tales como bronquitis, enfisema o cáncer pulmonar.

3 Entre los consumidores habituales de cannabis es habitual el uso regular de otras drogas, entre las que el alcohol y el tabaco cobran especial significación.

4 Es una sustancia de lenta eliminación por su tendencia a concentrarse en los tejidos grasos del organismo, entre ellos el cerebro. Esta permanencia, favorece procesos de acumulación en consumidores habituales.

5 Sensación de euforia, ganas desmedidas de hablar, aumento de sociabilidad, aceleración de procesos mentales, hiperactividad conductual, deseo sexual aumentado.

6 Disminución de la fatiga, reducción del sueño, inhibición del apetito, aumento de la presión arterial.

ANEXO XV ⁽³⁶⁾

DIRECCIONES DE PÁGINAS WEB

AGENCIA ANTIDROGA

www.madrid.org/web_agencia_antidroga

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS

www.cis.es

COMITÉ NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

www.cnpt.es

DE MARCHA SIN TROPIEZOS

www.demarxa.org

DROGAS Y CEREBRO

www.drogasycerebro.com

DROGOMEDIA

www.drogomedia.com

ENERGY CONTROL

www.energycontrol.org

FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN

www.fad.es/sustancias

INSTITUTO ARAGONÉS DE LA JUVENTUD.TELEJOVEN

www.telejoven.com

GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS

www.grupogid.org

PROYECTO DROJNET

<http://drojnet2.eu/drojnet2-inicio>

BLOG: SI VAMOS DE FIESTA

<http://sivamosdefiesta.blogspot.com.es/>

BLOG ARAGÓN SIN HUMO

<http://aragonsinhumo.blogspot.com.es/>

BIBLIOGRAFÍA

- 1-** Ortiz de Zárate A, Alonso I, Ubis A, Ruiz de Azúa MA. Trastornos psicóticos. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Vol 4. 1ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.
- 2-** Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
- 3-** Morales N, Tizón JL, Cabré V, Artigue J. Estudio de la calidad de vida en pacientes con psicosis incipiente. Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq [internet].2012 [citado 9 Febrero de 2016];32(116):723-738. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352012000400004&script=sci_arttext
- 4-** Hernández López T, Roldán Fernández J, Jiménez Frutos A, Mora Rodríguez C, Escarpa Sánchez D, Pérez Álvarez M. La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. Intervención psicosocial [internet].2009 [citado 18 de enero de 2016]; 18 (3):199-212. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592009000300002&script=sci_arttext
- 5-** Araos P, Calado M, Vergara E, Pedraz M, Pavón FJ, Rodríguez de Fonseca F. Adicción al cannabis: bases neurobiológicas y consecuencias médicas. Rev. Esp. de drogodependencia [internet].2014 [citado 13 de febrero de 2016]; 39(2): 9-29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5014196>
- 6** –Calafat Far A. La escalada del cannabis. Gac Sanit [internet]. 2007[citado 13 de febrero de 2016]; 21(3):187-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300001
- 7-** Ortiz de Zárate A, Alonso I, Ubis A, Ruiz de Azúa MA .Adicciones. Guías de cuidados de enfermería en salud mental.vol 6.1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.

- 8-** Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Valero S, Castells X, Grau-López L et al. Factores de riesgo para la psicosis inducida por cocaína en pacientes dependientes de cocaína. R.E.T [internet]. 2013 [citado 14 de febrero de 2016]; (69): 24-32. Disponible en:
<http://www.catbarcelona.com/ret/69/riesgo-de-psicosis-en-pacientes-dependientes-de-cocaina>
- 9-** Álvarez Suarez JL, Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de valoración de patrones funcionales. Guijón: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2010.
- 10-** Herman TH, Kamitsuru S. NANDA international. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación, 2015-2017. 10ª ed. Barcelona: Enselvier; 2014.
- 11-** Bulechek Gloria M, Butcher Howard K, Dochterman Joanne M, Wagner Cheryl M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Enselvier; 2014.
- 12-** Moorhead S, Johnson M, Maas Meridean L, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- 13.** Díaz del Peral D, Aragón J, Aranda JM, Bellón JA, Bordallo A, Cantero L et al. Ansiedad, depresión, somatizaciones: Proceso asistencial integrado. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2011.
- 14-** Álvarez Valdés N, Gálvez Cabrera E, Díaz Garrido D. Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2007 [citado 5 de marzo de 2016]; 23(3):1-15. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300006
- 15-** Iraurgi Castillo I, Corcuera Bilbao N. Craving: concepto, medición y terapéutica. Norte de salud mental [internet]. 2008 [citado 13 de febrero de 2016]; (32):9-12. Disponible en:
https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?query=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=craving+concepto+medicion+terapeutica

- 16-** Marqués Martínez S, Igea López N. Salud mental y adicciones. El consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas asociadas a la psicosis. [trabajo de fin de grado]. Zaragoza: Repositorio Zagúan, Universidad de Zaragoza; 2013.
- 17-** Vademecum Internacional 2013, Guía Farmacológica. 13 ed. Madrid: Editorial UBM MEDICA; 2013.
- 18-** Morales Rojas AB, Sieso Sevil AI, Marco Arnau I, Jano Navarro V, González Asenjo H, Rubio Soriano C et al. Diagnósticos enfermeros en salud mental, Identificación, desarrollo y aplicación. 2ª ed. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014.
- 19-** Megías E, Alemany E. Todo sobre las drogas, DVD interactivo de información sobre drogas [video]: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2004.
- 20-** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Guía sobre drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 21-** Gamonal García A, Moreno Arnedillo G. El libro marrón del cannabis. Madrid: Asociación de Técnicos para el desarrollo de Programas Sociales (ADES); 2015.
- 22** –Departamento de Asuntos Sociales. Instituto foral de Bienestar Social. Cannabis ¿Te crees todo lo que te cuentan?: Departamento Foral de Álava; 2002.
- 23-** Cannabis. Lo que hay que saber: Fundación EDEX; 2000.
- 24-** Franco Fernandez M, Hernandez López M. Rayas. El libro Negro de la coca. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales (ADES); 2015.
- 25-** Melero JC. Cocaína. Bilbao: Fundación EDEX; 2000.

- 26-** Ayuntamiento de Huesca. Unidad de Drogodependencias. Infórmate cocaína. Huesca: Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2001.
- 27-** Gamonal García A, Moreno Arnedillo G. ¿ Y tú de qué vas cuando bebes alcohol?. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales (ADES); 2002.
- 28** – Ayuntamiento de Huesca. Unidad de Drogodependencias. Infórmate alcohol. Huesca: Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Consumo Y Bienestar Social; 2001.
- 29-** Ayuntamiento de Huesca. Alcohol. Conoce tus límites. Huesca: Gobierno de Aragón; 2001.
- 30-** Ayuntamiento de Huesca. Fundación Municipal de Servicios Sociales. Infórmate tabaco. Huesca: Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2001.
- 31-** Ochoa Mangado E, Mariezkurrena Mindegia M, De la calle Y. Caso clínico 4: Cannabis y trastornos de conducta en adolescente. En: Arias Horcajadas F, Ramos Atance JA. Casos clínicos en psiquiatría relacionados con el consumo de cannabis. 1ªed. Madrid: Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (SEIC); 2009.p.33-43
- 32-** Madoz Gúrpide A. Caso clínico 21: Sintomatología afectiva y psicótica en consumidor crónico de cannabis. En: Arias Horcajadas F, Ramos Atance JA. Casos clínicos en psiquiatría relacionados con el consumo de cannabis. 1ªed. Madrid: Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (SEIC); 2009.p.153-161
- 33-** Arias F. Caso clínico 25: Psicosis crónica inducida por cannabis con delirios megalomaniacos y presencia de conductas antisociales. En: Arias Horcajadas F, Ramos Atance JA. Casos clínicos en psiquiatría relacionados con el consumo de cannabis. 1ªed. Madrid: Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (SEIC); 2009.p.181-189
- 34-** Melero JC, Flores R, Ortiz de Anda MA. Jóvenes y drogas, Unidad didáctica para la prevención. Bilbao: Fundación EDEX; 2000.

35- Melero JC, Flores R. Te va a tocar la china. Bilbao: Fundación EDEX; 2005.

36- Ayuntamiento de Zaragoza, Consejo de la juventud de Aragón, Ayuntamiento de Jaca. 5 Tops secrets sobre el cannabis, Guía del educador: Gobierno de Aragón; 2008.

37- Health Education Authority. Drogas, Guía para padres y madres. Bilbao: Fundación Vivir sin Drogas; 2000.

38- Alemany E. Familias. Educar para la vida [video]: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2006.