



Servicio de
Asistencia

Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias

**AYUNTAMIENTO DE MADRID
ÁREA DE GOBIERNO DE SEGURIDAD Y EMERGENCIAS
ORGANISMO AUTÓNOMO MADRID SALUD
INSTITUTO DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID
Documento Técnico del Instituto de Adicciones**

**Edición digital
Madrid, marzo 2015**

**C/ Juan Esplandiú 11-13 / 28007 Madrid
Tfno: 91 480 04 18
msasubdireccion@madrid.es
www.madridsalud.es**

**PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE MEJORA PARA LA ELABORACIÓN DEL
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS DEL
ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS:**

*Sonsoles Gutiérrez Cáceres
DUE del CAD Latina*

*Ana María Vicente Partido
DUE del CAD Villaverde*

*Nuria García Hidalgo
DUE del CAD Vallecas*

*Natalia Salgado Marcos
DUE del CAD Vallecas*

*Juan Francisco Chicharro Romero
DUE del CAD San Blas*

*Vicente David Coca Pérez
DUE del CAD Tetuán*

*Jose Luís Martín Herrero
DUE del CAD Arganzuela*

*Carmen Culebras García
DUE del CAD Arganzuela*

*María Carmen López Jiménez
DUE del CAD Arganzuela*

*Manuela Sáez García
DUE del CAD Hortaleza*

Sumario

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVO DEL PROTOCOLO	8
3. MARCO NORMATIVO	9
3.1. Ámbito nacional	9
3.2. Ámbito autonómico	10
3.3. Ámbito local	11
4. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL	13
5. POBLACIÓN DIANA	17
5.1. Intervención en colectivos con necesidades especiales	17
6. EL ENFERMERO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL	19
6.1. Atención a la demanda inicial	20
6.2. Valoración interdisciplinar y evaluación multidimensional	21
6.2.1. Valoración interdisciplinar	21
6.2.2. Evaluación multidimensional	21
6.2.3. Ejes de evaluación	23
6.3. Programa Personalizado de Intervención (PPI)	31
6.3.1. Valoración interdisciplinar. PAE: fase de valoración	32
6.3.2. Diseño del PPI. PAE: fases de diagnóstico y planificación	34
6.3.3. Retroalimentación al paciente y consenso del PPI	39
6.3.4. Desarrollo del PPI. PAE: fase de ejecución	39
6.3.5. Evaluación de resultados	39
7. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	41
7.1. Principios y consensos	41
7.2. Características de la intervención preventiva en el nuevo Plan de Adicciones	42
7.2.1. Niveles de prevención en adicciones	42

Sumario

8. FUNCIONES DE ENFERMERÍA	43
<u>FUNCIÓN ASISTENCIAL</u>	<u>43</u>
<u>1. Procedimientos diagnósticos</u>	<u>43</u>
<u>2. Procedimientos terapéuticos</u>	<u>45</u>
<u>3. Prevención de la enfermedad y promoción de la salud</u>	<u>52</u>
<u>4. Supervisión y coordinación del proceso terapéutico</u>	<u>54</u>
<u>FUNCIÓN ADMINISTRATIVA/GESTORA</u>	<u>55</u>
<u>1. Coordinación o derivación a recursos sanitarios</u>	<u>55</u>
<u>2. Gestión de material sanitario</u>	<u>57</u>
<u>FUNCIÓN DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN</u>	<u>59</u>
<u>1. Docencia</u>	<u>59</u>
<u>2. Investigación y publicaciones</u>	<u>59</u>
<u>3. Participación en el proceso de calidad y de mejora continua</u>	<u>60</u>
9. ANEXOS	61
<u>ANEXO 1: Historia Informática de Enfermería</u>	<u>62</u>
<u>ANEXO 2: Código Deontológico de Enfermería</u>	<u>63</u>
<u>ANEXO 3: Escalas y Test</u>	<u>64</u>
<u>ANEXO 4: Tabla de autorregistro para valoración de hábitos</u>	<u>79</u>
<u>ANEXO 5: Ficha de prescripción de fármacos</u>	<u>80</u>
<u>ANEXO 6: Modelo de registro revisión bimensual caducados</u>	<u>81</u>
<u>ANEXO 7: Gráfica de registro de temperatura (Máx. /Min.)</u>	<u>82</u>
<u>ANEXO 8: Procedimiento de actuación ante rotura térmica</u>	<u>83</u>
<u>ANEXO 9: Revisión material emergencias</u>	<u>84</u>
<u>ANEXO 10: Gestión de residuos bio-sanitarios</u>	<u>86</u>
<u>ANEXO 11: Siglas y acrónimos</u>	<u>88</u>
10. BIBLIOGRAFÍA	89

PRESENTACIÓN

El “Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016”, entiende las adicciones como un fenómeno complejo, multicausal y multifactorial, cuyo tratamiento ha de abordarse desde una perspectiva integral e integradora, en la que intervengan las disciplinas profesionales médica, psicológica, social, ocupacional y de enfermería. Este modelo de tratamiento contempla tanto los diversos factores intervinientes en la adicción, como las consecuencias de la misma en las diversas facetas de la vida de la persona afectada y de su entorno.

El objetivo es aunar las aportaciones de cada profesional de modo que no se planteen intervenciones compartimentadas, sino que se articule mediante un proceso de evaluación continua del paciente dinámico, flexible y personalizado. Este modelo facilita la acomodación a las necesidades de cada individuo, situación y momento del proceso y favorece que la mejora en una de las áreas afectadas, influya positivamente de forma directa e inmediata en el resto.

El trabajo interdisciplinar comporta una serie de ventajas, tanto para el paciente como para los propios profesionales, que podríamos resumir en las siguientes.

- Posibilita contemplar la problemática a tratar de manera global, no parcializada, lo que mejora la comprensión de la situación y facilita el intercambio enriquecedor de experiencias. Así, se generan sinergias que revierten en una mayor eficacia en las líneas de trabajo.
- Permite el establecimiento en común de los objetivos de la intervención, lo que favorece su ajuste progresivo, así como de las estrategias a utilizar, y potencia que las intervenciones en cada una de las áreas se adecúen a los diferentes momentos del proceso
- La coordinación de las actuaciones facilita la prestación de servicios de calidad, y que el paciente perciba las intervenciones de los distintos profesionales como un “continuum” y no como parcelas aisladas, con las consiguientes implicaciones positivas en la mejora de la vinculación y fidelización al tratamiento por su parte.
- Los conocimientos y avances científicos que se producen en cada disciplina

Protocolo de intervención de enfermería

suponen, en una perspectiva interdisciplinar, un enriquecimiento de las estrategias de actuación globales, que potencian y facilitan el logro de objetivos

Este protocolo de enfermería es un documento técnico del Instituto de Adicciones que desarrolla el Plan de Adicciones. Forma parte de la documentación técnica del Instituto, que incluye otros protocolos de las distintas disciplinas profesionales implicadas en la atención integral. El objetivo de este documento técnico es aportar a la visión del trabajo interdisciplinar de partida, el valor añadido que supone la homogeneidad de las actuaciones del Área de Enfermería del Instituto de Adicciones.

El modelo de mejora continua implantado en el Instituto de Adicciones de Madrid Salud, facilitó en su momento la creación de un Grupo de Mejora formado por enfermeros de todos los CAD (Centros de Atención a las Drogodependencias), que tuvo como resultado la elaboración de la Historia Informática de Enfermería. Fiel a este modelo, de nuevo un grupo de enfermeros ha realizado un importante esfuerzo para definir, homogeneizar, enriquecer y sistematizar sus actuaciones, así como registrar las mejores prácticas desarrolladas por estos expertos, evidenciando el compromiso de este colectivo profesional con el modelo de calidad implantado en Madrid Salud.



Antonio Prieto Fernández
GERENTE DE MADRID SALUD



madrid salud
GERENCIA

Por decreto de Suplencia de 12 de marzo de 2012
El Subdirector General de Prevención y Promoción de la Salud

1. INTRODUCCIÓN

Existen múltiples indicios científicos que nos informan del uso de sustancias adictivas desde las primeras civilizaciones. En ese tiempo, la disponibilidad de la droga era pequeña, y su uso estaba relacionado con la curación de enfermedades y ritos culturales (Saah, 2005). El desarrollo de las drogodependencias como problema de salud pública es más reciente, se da en sociedades industrializadas, donde la persona consume una sustancia de forma compulsiva, convirtiéndose en el aspecto más importante de su vida, desechando otras facetas (Romaní, 1997).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, APA, 2002). Define los criterios para dependencia y abuso de sustancias:

CRITERIOS PARA DEPENDENCIA

“Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. **Tolerancia**, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. **Abstinencia**, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) Al síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la

sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

CRITERIOS PARA ABUSO DE SUSTANCIAS

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.” (APA, 2002).

El DSM 5 (APA, 2013) se basa en el modelo categorial. Teniendo en cuenta las limitaciones y dificultades de este sistema clasificatorio se incorpora una visión más dimensional, donde se ha incluido la severidad de los síntomas de menor a mayor (leve, moderado y severo). El manual se organiza en tres secciones. La primera da las pautas para el uso clínico y forense del manual. La segunda incluye los criterios y códigos de los diferentes trastornos y la tercera recoge medidas dimensionales para la evaluación de los trastornos y una descripción de los mismos actualmente en estudio.

Una de las modificaciones estructurales más importantes es la eliminación del sistema multiaxial, ya que producía distinciones artificiales y era poco empleado. Los diagnósticos del eje I y II del DSM-IV-TR están incluidos en la sección dos con anotaciones distintas para las condiciones médicas, para los factores psicosociales y ambientales y para la discapacidad que anteriormente formaban los ejes III, IV y V respectivamente.

En lo referente a las adicciones propone una nueva categoría a la que denomina “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” dentro de la que se encuentran:

- “Trastornos relacionados con sustancias”.
- “Trastornos no relacionados con sustancias”.

En los “Trastornos no relacionados con sustancias” incluye el trastorno por juego o *Gambling Disorder*. Esta categoría es diferente a la del DSM-IV-TR que lo incluía dentro de los trastornos por falta de control de impulsos. Este cambio trata de reflejar que el trastorno por juego es similar a los trastornos referidos a sustancias en su expresión clínica, origen cerebral, comorbilidad, fisiología y tratamiento. La sintomatología entre la adicción a sustancias o a conductas placenteras es semejante, dependiente de la activación del sistema de recompensa cerebral. En la sección III “Condiciones para más estudios en el futuro” se incluye el trastorno por juego en internet o *Internet Gambling Disorder*.

En el DSM 5 se combinan las categorías de abuso y dependencia en un único trastorno medido en un continuo de leve a severo. El trastorno leve requiere 2 síntomas de una lista de 11. La tolerancia y el síndrome de abstinencia, característicos de la dependencia, pueden estar presentes en respuesta a algunos psicofármacos sin que se produzca una adicción, ésta requiere el deseo persistente por una sustancia o una conducta. Cada sustancia tiene su trastorno correspondiente separado del resto de sustancias. En el listado de síntomas se eliminaron los problemas con la ley ya que las consideraciones culturales hacen difícil su aplicación de forma internacional.

Los “trastornos relacionados con sustancias” se dividen en dos grupos: “los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias”. En el primer grupo se incluyen diez clases de drogas: alcohol, caféina, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). En el segundo grupo se incluyen las siguientes afecciones: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento.

La droga, debido al comercio mundial y al capitalismo, se ha convertido en una mercancía dependiente de las leyes de mercado. El desarrollo de la industria química y farmacéutica a gran escala hace que la producción aumente y la mejora en los medios de transporte facilita la distribución de las sustancias prácticamente a cualquier lugar del mundo. Otro punto importante que facilita el desarrollo del problema de las drogodependencias es que algunas de estas sustancias son legales y están instauradas tanto en el sistema sanitario como en la cultura de la sociedad, lo que hace que su producción se incremente y sea más fácil conseguir la sustancia con una menor sensación de que su uso puede ser perjudicial. Por lo tanto, se facilita el desarrollo de conductas adictivas (Romaní, 1997).

La Organización Mundial de la Salud, OMS, estima en 200.000 las muertes al año relacionadas con el uso de drogas. En Estados Unidos, el alcohol interviene en 100.000 muertes al año. Además del número tan importante de muertes y de patologías provocadas por el uso de drogas, hay que añadir el gasto económico que supone para la sociedad en prevención, tratamiento, policía, accidentes de tráfico, etc. De esta manera la drogodependencia se convierte en un problema importante en nuestras sociedades (Saniotis, 2010).

En España el aumento del uso de drogas se hizo más intenso en la década de los 70, cuando se produjo un incremento del consumo de alcohol y se intensificó el consumo de opiáceos, habitualmente relacionados con actitudes contraculturales que estaban influenciadas por el momento histórico. Además de estos problemas, apareció el Síndrome

de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, lo que contribuyó a que la atención se centrara en los consumidores de heroína. En los años 90, surgieron nuevas sustancias, nuevas conductas de consumo y se normalizó el uso de drogas (Martín, 2007).

En 1985, se aprobó el primer Plan Nacional sobre Drogas, que intentó dar respuesta a la petición social de atención a los conflictos generados por el consumo. Se creó una red de atención a drogodependencias que intentó dar respuesta a la totalidad de supuestos y necesidades de las personas con problemas relacionados con el uso o abuso de drogas (Becoña y Martín, 2004). En la Ciudad de Madrid, en 1988, el Ayuntamiento aprobó el Primer Plan Municipal contra las Drogas, que fue el arranque del actual Instituto de Adicciones.

Se acepta por la comunidad científica, que el modelo para las adicciones que más se aproxima a la realidad es el biopsicosocial. Este entiende la drogodependencia como un hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales, de tal manera que la adicción es el resultado de su interacción en un momento dado. Fue descrito por Pomerleau y Pomerleau (1987) para explicar cómo se inicia y se mantiene la conducta de fumar. Según estos autores aunque las sustancias puedan diferir en la especificidad de su acción farmacológica, todas ellas pueden estar sujetas a la misma línea de análisis conductual. Las adicciones tienen en su inicio, en su mantenimiento y en su abandono una naturaleza multidimensional donde intervienen los efectos de las sustancias, el contexto donde se da la adicción y la vulnerabilidad del sujeto que consume drogas (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). Continuando con este concepto, se organizan intervenciones terapéuticas transdisciplinares que tienen como objetivo la normalización de la persona y no solamente la abstinencia. Así se entiende que el tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas. El Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid basa sus programas de tratamiento en este modelo biopsicosocial.

Según la Memoria Anual de Actividad del año 2013 del Organismo Autónomo Madrid Salud, el Instituto de Adicciones ha continuado prestando los servicios que éste tiene comprometidos en su Carta de Servicios. Así mismo, ha trabajado en 12 áreas de mejora, tanto en los aspectos preventivos como en la atención integral a drogodependientes.

En lo que corresponde a la prevención, han retomado las actividades que se venían realizando en el ámbito educativo, familiar o las dirigidas a los adolescentes y jóvenes, priorizando la intervención en las situaciones o colectivos de mayor riesgo. Los 7 Centros de Atención a Drogodependencias, CAD, del Instituto de Adicciones han incorporado de nuevo las acciones preventivas desde sus equipos de adolescentes y jóvenes.

PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA 2013

- Pacientes atendidos en la red de Centros de Adicciones (CAD y Centros Concertados de Atención a las Drogodependencias, CCAD): 8.654.
- Pacientes con diagnóstico de Patología Dual atendidos en la Red (CAD y CCAD): 2.504.
- Pacientes drogodependientes sin hogar atendidos en la Red (CAD y CCAD): 545.
- Sexo: 79% hombres y 21% mujeres.
- La edad media de los hombres atendidos ha sido de 42,5 años y de 43 años la de las mujeres.
- Nacionalidad: el 86% de la población atendida era española.

Protocolo de intervención de enfermería

- Situación laboral: el 47% de los varones y el 50% de las mujeres estaban en paro (sobre población activa).
- Convivía con familiares el 69%, siendo el grupo más numeroso el que lo hacía con la familia de origen (39%).
- El 16% de esta población refería tener problemas judiciales.
- Número de familias atendidas anualmente en el Programa de Prevención de Adicciones: 34.
- Durante el 2013 han sido tratados con Metadona: 2.388 pacientes. El 78,22% de ellos varones.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
N.º de asistentes a sesiones grupales	1.065
N.º de sesiones grupales	182
N.º de intervenciones individuales	4.815

2. OBJETIVO DEL PROTOCOLO

- Unificar las actuaciones y actividades asistenciales y de prevención y promoción de la salud que realiza enfermería, dentro del proceso de atención integral a las drogodependencias contenido en el Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid 2011-2016. Estas intervenciones se ajustarán a las necesidades del paciente, su familia o la comunidad para lograr su recuperación y/o normalización.
- Homogeneizar las intervenciones, los registros y las técnicas realizadas por los enfermeros de la Red del Instituto de Adicciones con el fin de mejorar la calidad asistencial.
- Continuar la revisión y mejora de la historia clínica profesional de enfermería dentro del Sistema Unificado Para Registro de Adicciones (SUPRA; ANEXO 1).
- Facilitar la valoración, planificación y evaluación de las intervenciones.
- Servir como marco de referencia a los profesionales y alumnos de enfermería en drogodependencias.

3. MARCO NORMATIVO

3.1. ÁMBITO NACIONAL

➤ **La Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 6, desarrolla el precepto constitucional del artículo 43.**

➤ **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.**
TÍTULO I.

Del ejercicio de las profesiones sanitarias.

➤ **REAL DECRETO 1231/2001, de 8 de noviembre**, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.

TÍTULO III: De los principios básicos del ejercicio de la profesión de Enfermería.

CAPÍTULO I: De los principios del ejercicio profesional.

Artículo 52. Ejercicio profesional y colegiación.

Artículo 53. Misión de la enfermería.

Artículo 54. Cuidados de enfermería.

➤ **RD 1277/2003, Centros Sanitarios.**

Anexo II Definiciones de centros, unidades asistenciales y establecimientos sanitarios.

C.2 Proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento: centros sanitarios en los que se prestan servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por profesionales sanitarios a pacientes que no precisan ingreso.

C.2.5 Centros especializados: centros sanitarios donde diferentes profesionales sanitarios ejercen sus respectivas actividades sanitarias atendiendo a pacientes con unas determinadas patologías o de un determinado grupo de edad o con características comunes.

Oferta asistencial.

U.2 Enfermería: unidad asistencial en la que personal de Enfermería es responsable de desarrollar funciones y actividades propias de su titulación.

Protocolo de intervención de enfermería

U.5 Vacunación: unidad asistencial donde personal sanitario conserva y administra vacunas. Las funciones de custodia y conservación de éstas estarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico.

U.71 Atención sanitaria a drogodependientes: unidad asistencial pluridisciplinar en la que, bajo la supervisión de un facultativo sanitario, se prestan servicios de prevención, atención y rehabilitación al drogodependiente, mediante la aplicación de técnicas terapéuticas.

U.72 Obtención de muestras: unidad asistencial, vinculada a un laboratorio clínico, en la que personal sanitario con titulación adecuada realiza la obtención, recepción, identificación, preparación y conservación de los especímenes o muestras biológicas de origen humano, responsabilizándose de la muestra hasta su entrega al laboratorio correspondiente.

U.84 Depósito de medicamentos: unidad asistencial, dependiente de una oficina o servicio de farmacia, en la que se conservan y dispensan medicamentos a los pacientes atendidos en el centro en el que está ubicada.

➤ **CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA (ANEXO 2).**

➤ **PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS.**

Es el referente institucional desde su puesta en marcha en 1985. Desde este marco, a través de las distintas estrategias nacionales impulsadas en estos años, se hace referencia a las competencias de las corporaciones locales en materia de drogodependencias.

El Plan de Acción 2009-2012 en relación con la reducción de la demanda, asistencia e integración social, establece la necesidad de garantizar una asistencia de calidad y adaptada a las necesidades de todas aquellas personas que directa o indirectamente estén afectadas por el consumo de drogas. Entre las acciones a llevar a cabo incluye:

-Normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes basándose en la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.

-Colaborar al desarrollo de programas específicos de atención a las drogodependencias en jóvenes y mejorar su acceso a un tratamiento de calidad, con especial atención a los jóvenes internados en centros de menores o que hayan tenido problemas con la justicia.

-Desarrollar programas de asistencia a las familias de los afectados por las drogodependencias, reforzando su papel en el tratamiento y la reinserción e incluyendo, en su caso, la constitución de grupos de autoayuda.

-Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.

3.2. ÁMBITO AUTONÓMICO

➤ **Ley 5/2002 de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.**

La consideración de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusión en las esferas biológica, psicológica, social y familiar. Una consecuencia de tal idea es la equiparación del drogodependiente con otros enfermos, sin que pueda ser discriminado; la promoción activa de hábitos de vida

saludables y de una cultura de la salud que incluya el rechazo al consumo de drogas; la consideración integral e interdisciplinar de las labores de prevención, asistencia e integración social del drogodependiente, involucrando a los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales de la Comunidad; la inserción social, que debe estar ligada al proceso asistencial como una parte más y objetivo final de este último; y el favorecimiento de una cultura de la solidaridad y la creación de una conciencia social, que supone necesariamente el fomento del asociacionismo para constituir grupos de autoayuda de afectados y familiares.

Recoge los siguientes aspectos claves:

- La asistencia a las drogodependencias se prestará en el ámbito comunitario, aplicando con carácter preferente el criterio de proximidad al domicilio del usuario y su entorno, potenciándose los dispositivos y programas asistenciales en régimen ambulatorio.
- La atención sanitaria tendrá como objetivos principales, la desintoxicación, la deshabituación, la disminución de riesgos, la reducción de daños y la mejora de las condiciones generales de salud de las personas con drogodependencias, siendo la integración social del drogodependiente el objetivo final del proceso asistencial, para lo cual se coordinarán los diferentes recursos y dispositivos de la red. La integración social de las personas drogodependientes se apoyará en las redes generales y en su familia y entorno afectivo, adoptando, cuando sea necesario, medidas especiales destinadas a conseguir la igualdad de oportunidades.
- La evaluación permanente de la calidad de los procesos y resultados de los diferentes centros, servicios y modelos de atención.

3.3. ÁMBITO LOCAL

► **Plan de adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016.**

↳ *Principios Rectores:*

1. **Compromiso ético.**
2. **Enfoque Integral.**
3. **Universalidad y Equidad.**
4. **Cooperación e Interdependencia.**
5. **Integración y Normalización.**
6. **Adaptabilidad e Innovación.**
7. **Participación Comunitaria.**
8. **Calidad.**

↳ *Principales Líneas Estratégicas del Plan de Adicciones:*

La planificación de las acciones a desarrollar en el presente Plan en orden a la consecución de sus objetivos, se orientará según una serie de directrices o líneas estratégicas, entre las que destacamos las siguientes:

- Situar *la prevención* frente al consumo indebido de drogas como el objetivo prioritario de la intervención, en especial las acciones dirigidas a la población en edad escolar y a los adolescentes, propiciando la sensibilización social frente a los

Protocolo de intervención de enfermería

riesgos asociados al consumo de alcohol y de otras drogas y la participación de los diferentes agentes implicados.

- Prestar una atención especial a los colectivos más vulnerables o con mayores dificultades en el acceso y la utilización adecuada de los recursos de la red: pacientes con larga historia de consumo y bajo potencial de cambio, pacientes con patología dual, drogodependientes sin hogar, personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma, personas con complicaciones legales o judiciales y otros colectivos en riesgo de exclusión.
- Revisar, actualizar y reorientar las intervenciones en todos los ámbitos teniendo en cuenta la perspectiva de género, de forma que se garantice la adecuación de los programas, servicios y acciones a las características y necesidades diferenciadas de hombres y mujeres.
- Se considera así mismo prioritario, reorientar las actuaciones del nuevo Plan teniendo en cuenta la perspectiva de la multiculturalidad, de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a las necesidades y respetuosa con las diferencias culturales.
- Orientar las intervenciones desde una perspectiva integral e integradora que, partiendo de la multicausalidad y complejidad del fenómeno de las adicciones, genere respuestas múltiples e integrales, cuyo objetivo último sea el logro del mayor grado posible de salud, bienestar e integración social de las personas y los grupos sociales afectados.
- En sintonía con lo señalado en el punto anterior, desde el presente Plan se plantea como prioritario, desarrollar un importante esfuerzo para la mejora de la coordinación y del trabajo en red, potenciando los esfuerzos desarrollados desde los diferentes servicios, instituciones y organizaciones sociales implicados y favoreciendo la participación social.
- Promover la calidad en todos los niveles de la organización del Instituto de Adicciones, en coherencia con las líneas estratégicas que en este ámbito se plantean el Gobierno de la ciudad y Madrid Salud, mediante el acercamiento a la ciudadanía, el avance continuo hacia la excelencia en la prestación de los servicios, la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones y la implantación de una cultura de gestión eficaz, transparente y abierta.

➤ Código de buenas prácticas Administrativas del Ayuntamiento de Madrid.

El Código de Buenas Prácticas Administrativas tiene por objeto definir los principios, criterios e instrumentos que permitan incrementar los niveles de transparencia en la gestión pública, el comportamiento ético de los servidores públicos y mejorar las relaciones de confianza entre el Ayuntamiento de Madrid y los ciudadanos.

4. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL

Hay acuerdo en situar el nacimiento de la enfermería moderna a mediados del siglo XIX, cuando Florence Nightingale expresó la firme convicción de que esta profesión requiere un conocimiento diferente del saber médico. Su desarrollo teórico se produce a partir de los años 50 del siglo XX con la aparición de los modelos conceptuales y teorías de enfermería, cuyo objetivo es aportar un marco de referencia para el ejercicio profesional.

La intervención con los pacientes que los profesionales de enfermería realizan en los CAD, puede enmarcarse en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) formulado por Nola J. Pender (1982). El MPS facilita la comprensión de los principales factores que determinan las conductas de salud, cuyo conocimiento es la base de la atención enfermera. Según Pender, el fin de la misma es crear, en colaboración con los individuos, familias y comunidades, las condiciones más favorables para la consecución de la salud y bienestar óptimos (Pender, 2011). Partiendo de un enfoque preventivo, la autora propuso que los factores cognitivos (concepciones, creencias, percepciones, ideas...) son los principales determinantes del comportamiento de los individuos respecto al cuidado de su salud. Cuando se pretende la adquisición de una conducta saludable por parte del paciente, es fundamental la modificación favorable de estos factores, junto con su intención para realizarla y el compromiso con una estrategia planificada para su logro (Sakraida, 2011).

El MPS tiene como base teórica la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura (1977), de la que el MPS asume la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, *“para que las personas cambien la forma en que se comportan, deben cambiar la forma en que piensan”*, así como el concepto de autoeficacia percibida, es decir, el juicio de la persona respecto a su capacidad para realizar las acciones que la lleven a lograr el objetivo deseado.

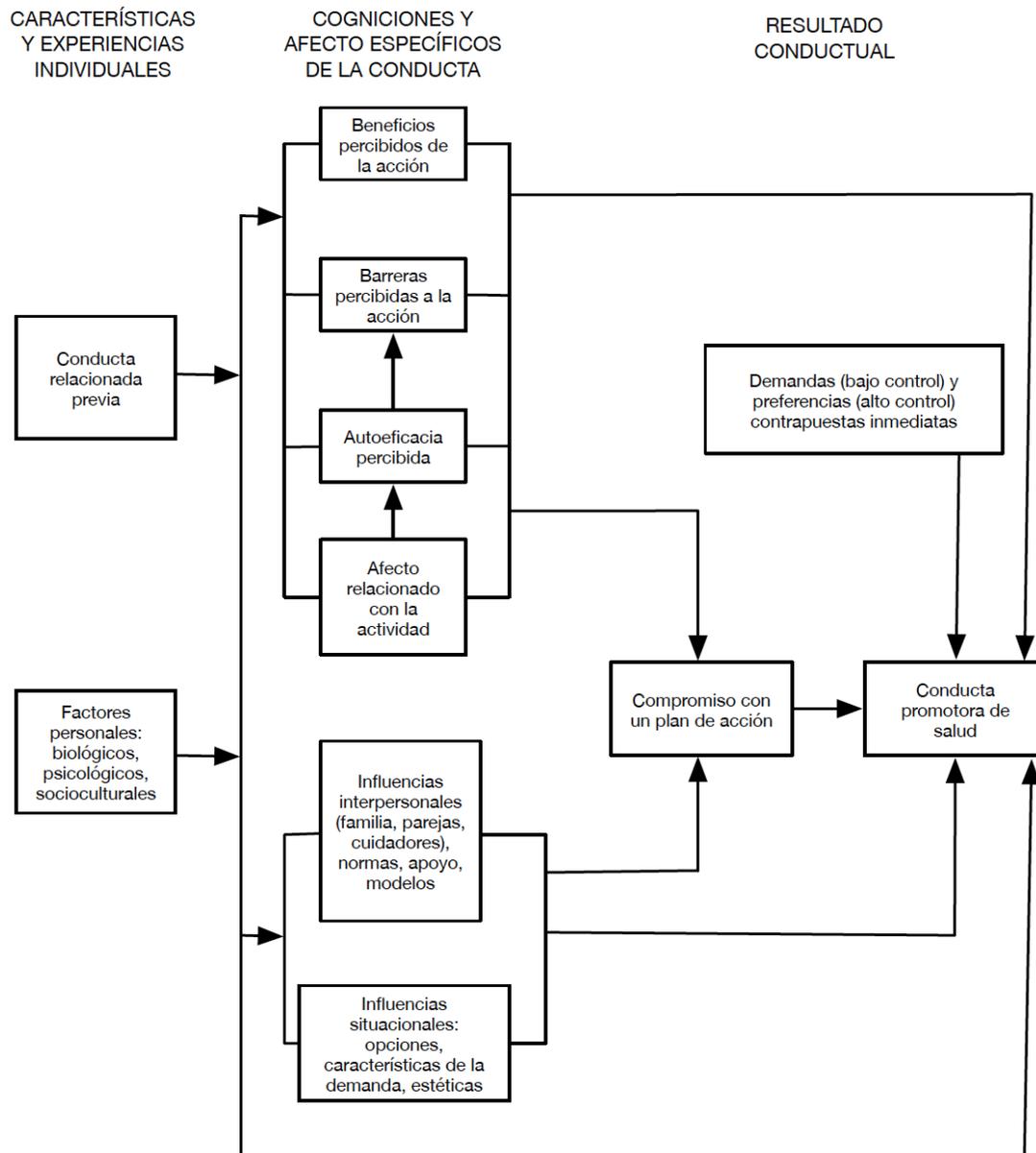
También se sustenta en el *Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana* de Feather (1982), que considera el grado de compromiso personal como el elemento esencial para la consecución de los objetivos.

A estos enfoques aportados por la psicología, Pender añade la visión de enfermería y sitúa al individuo como centro de su modelo; lo presenta como un ser en constante relación con el medio físico, social y cultural que le rodea, por el que es influido y sobre el que a su vez influye. En esta compleja interacción sitúa el origen de las experiencias, conductas y conocimientos de la persona, así como la motivación para llevar a cabo conductas tendentes a elevar su nivel de salud. Este enfoque diferencia al MPS de otros modelos que basan dicha motivación en el miedo o la amenaza percibida para la salud. En cuanto a la

Protocolo de intervención de enfermería

enfermería, la identifica como parte de dicho entorno y le atribuye un importante papel como agente motivador para que las personas creen sus propias conductas saludables.

El modelo queda representado en el siguiente gráfico.



Modelo de Promoción de la Salud revisado (Pender, Murdaugh y Parsons, 2002).

CONCEPTOS Y DEFINICIONES DEL MPS

La primera columna del gráfico se refiere a los factores individuales (biológicos, psicológicos y sociales) y a las experiencias relacionadas con la conducta de salud. Estos componentes afectan de forma directa a la probabilidad de adquirir un hábito saludable, y también de manera indirecta, mediante su influencia en la formación de las distintas cogniciones recogidas en la segunda columna (beneficios, dificultades, autoeficacia, apoyo social...).

- **Conducta previa relacionada.**

Las experiencias de éxito o fracaso relacionadas con igual o similar conducta de salud, influyen en la mayor o menor probabilidad de que se adopte el compromiso para volver a realizarla.

- **Factores personales predictivos de la conducta.**

- Biológicos, como edad, sexo, IMC, pubertad, menopausia o agilidad.
- Psicológicos, entre los que encuentran autoestima, automotivación o estado de salud percibido.
- Socioculturales: etnia, formación o situación económica entre otros.

En la segunda columna se sitúan las variables cognitivas (concepciones, creencias, percepciones, ideas) y afectivas (sentimientos, emociones). Según el MPS, son los factores que más influyen en la motivación para la adopción de una conducta de salud, y pueden ser modificados mediante acciones de enfermería (Pender, 1996).

- **Beneficios percibidos de la acción.**

Consecuencias positivas que el individuo anticipa que obtendrá al adquirir una conducta de salud.

- **Barreras percibidas para la acción.**

Bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales derivados de la adopción de la conducta de salud. Las barreras pueden ser personales, interpersonales o ambientales (ej: carencia de una instalación deportiva cercana al domicilio).

- **Autoeficacia percibida.**

Es uno de los conceptos centrales del MPS. Expresa la idea que tiene el individuo sobre sus capacidades para realizar las acciones que le lleven a lograr el objetivo deseado. Según la autora, valores altos de autoeficacia percibida generan la percepción de menores barreras para la acción, mayor probabilidad de compromiso con la misma y, como resultado, ejecución de la conducta.

- **Afecto relacionado con la actividad.**

Emociones, sentimientos y estados afectivos positivos o negativos, que se dan antes, durante y después de la conducta de salud y son generados por ella. Según la autora, cuanto más positivo sea el sentimiento, mayor será también la autoeficacia percibida, lo que a su vez influye favorablemente en dicho sentimiento.

- **Influencias interpersonales.**

Las conductas, creencias y actitudes de los demás influyen en la decisión de adoptar una conducta de salud. La probabilidad de que esta se lleve a cabo aumenta si las personas importantes para el individuo la realizan, esperan que este también la asuma y le ofrecen su apoyo (instrumental o emocional) para ello. La autora identifica como fuentes primarias de influencia interpersonal la familia, la pareja y el personal sanitario; pueden facilitar el aumento o disminución del compromiso con la conducta.

- **Influencias situacionales.**

Circunstancias vitales, entorno físico y características de la situación, que determinan la idea que elabora la persona sobre sus dificultades o facilidades para adquirir un hábito saludable.

La tercera columna se refiere a los antecedentes de la conducta y, como fin del proceso, la adquisición, o no, del hábito saludable. Según Pender, *“un suceso conductual se inicia con el compromiso de actuar, a menos que haya una demanda contrapuesta que no se pueda evitar o una preferencia contrapuesta que no se pueda resistir”* (Pender, 2000).

Antecedentes de la conducta:

- **Compromiso con un plan de acción.**
Conlleva la intención de planificar y realizar una estrategia que tenga como resultado la adquisición de una conducta saludable.
- **Demanda contrapuesta.**
Contingencias del entorno (obligaciones profesionales, familiares...) que generan conductas alternativas, las cuales interfieren en la intención de realizar la conducta promotora de salud y sobre las que el individuo tiene bajo control.
- **Preferencia contrapuesta.**
Elección de una conducta opuesta al hábito saludable que se pretende adquirir.
El individuo tiene un control relativamente alto sobre la situación, como optar entre caminar o coger el autobús en caso de sedentarismo.

Conducta promotora de salud.

Meta de todo el proceso, dirigida al logro del bienestar óptimo, como la alimentación sana, realizar ejercicio físico de forma regular, construir relaciones personales positivas, etc.

Los elementos cognitivos de la conducta de salud que se pretende instaurar quedan recogidos en las columnas segunda y tercera. La evaluación de los mismos por parte del profesional enfermero, y su modificación en colaboración con el paciente, tendrá como resultado la adopción de la conducta de salud (Pender, Murdaugh y Parsons, 2011).

5. POBLACIÓN DIANA

Personas afectadas por un Trastorno por Uso de Sustancias, TUS, así como sus familias, independientemente de que la demanda sea realizada por la persona afectada, por la familia sola o por ambas.

5.1 INTERVENCIÓN EN COLECTIVOS CON NECESIDADES ESPECIALES/ EN SITUACIÓN ESPECIAL DE RIESGO

Entre las personas con problemas de drogodependencias que son susceptibles de ser atendidas en la red del Instituto de Adicciones, existen colectivos de población que plantean unas especiales características y necesidades, ya sea en el acceso a los recursos de la red, en el mantenimiento y en el aprovechamiento del programa terapéutico o en el proceso de integración social.

El Plan de Adicciones 2011-2016 identifica diferentes grupos con necesidades especiales. A continuación se enumeran intervenciones específicas del área de enfermería en ellos:

A- Adolescentes y jóvenes.

- Dirigido a menores de 25 años y sus familias. Se desarrollarán actuaciones diferenciadas de acuerdo a los intervalos de edad.
- Ofrecer a las familias de los adolescentes y jóvenes la atención, el apoyo y la orientación necesarias para mejorar la funcionalidad familiar y/o para potenciar su implicación en el proceso de tratamiento e integración social de los pacientes.
- Valorar el estado nutricional y la adecuada alimentación según su etapa vital. Detección precoz de trastornos de la conducta alimentaria.
- Promover sexo seguro y saludable.
- Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas.
- Disminuir los riesgos asociados al consumo mediante la Educación para la Salud.
- Coordinar las diferentes intervenciones con los técnicos de prevención de los distritos, Centro Joven Madrid Salud, Centros de Apoyo a la Familias, así como con otras instituciones y entidades sociales que trabajan con adolescentes y jóvenes.

B.- Mujeres en especial situación de vulnerabilidad.

- Detectar y prevenir los casos de maltrato y abusos sexuales.
- Promover las revisiones ginecológicas.
- Promover sexo seguro y saludable.
- Promover la salud materno-infantil.
- Valorar el estado nutricional y facilitar consejo dietético.
- Fomentar el autocuidado y la autoestima.
- Detectar la dependencia afectiva.

C.- Pacientes con bajo potencial de cambio que requieren tratamientos prolongados (pacientes crónicos).

- Fomentar la adherencia al tratamiento y motivación para el cambio.
- Reducir el daño y los riesgos asociados al consumo.
- Asegurar el seguimiento y administración del tratamiento farmacológico pautado para otras patologías.

D.- Pacientes con patología dual.

- Fomentar la adherencia al tratamiento.
- Asegurar el seguimiento y administración del tratamiento farmacológico, tanto el de su conducta adictiva como el de su patología psiquiátrica.
- Coordinar la atención con los servicios de salud mental.

E.- Drogodependientes sin hogar.

- Valorar si están cubiertas las necesidades básicas: alimentación, vestido, alojamiento, higiene, etc.
- Intervenir en el ámbito de la higiene y autocuidados.
- Fomentar los vínculos afectivos.
- Fomentar la adherencia al tratamiento.
- Apoyar la integración social del paciente.
- Coordinar con otros recursos de la red asistencial y social.

F.- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma.

- Coordinar con los diferentes recursos que atienden a estos colectivos (ISTMO, SOL, ONG, medicación comunitaria, etc.).
- Intervenir en EPS teniendo en cuenta las características culturales de cada paciente.

G.- Personas con conflictos legales o judiciales.

- Participación en la realización de informes judiciales.
- Información y asesoramiento a los drogodependientes que cometen actos delictivos acerca de sus posibilidades de tratamiento y reinserción. Coordinar con el SAJIAD.
- Valoración y seguimiento de los pacientes que acuden a solicitar tratamiento por sanción administrativa, según recoge la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de Febrero, sobre protección de la seguridad ciudadana en su art. 25.

6. EL ENFERMERO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL

El profesional de enfermería, como integrante del equipo interdisciplinar del CAD, desarrolla sus funciones dentro de un proceso de atención integral, que debe ser dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada individuo y de cada momento, mediante un sistema de evaluación continua del paciente. La atención debe enlazar las intervenciones de las diferentes áreas de conocimiento en la consecución de objetivos comunes, ya sean éstos específicos o comunes a todas ellas.

El proceso de atención integral, dentro del Plan de Adicciones, se describe en función de una serie de etapas íntimamente interrelacionadas entre si y que frecuentemente se dan de forma simultánea en el tiempo. El siguiente diagrama recoge todo el proceso de intervención con sus distintas etapas.



6.1. ATENCIÓN A LA DEMANDA INICIAL

Se entiende por demanda la petición que realiza un usuario o una familia en un Centro de Atención a las Drogodependencias, solicitando ser atendido en alguna de sus necesidades (información, orientación, valoración, tratamiento, etc.). Esta demanda puede realizarse por vía telefónica o de forma presencial y puede dar lugar a una recepción del paciente o de la familia y a la posterior acogida.

a) Recepción: Es la primera actuación que realiza el personal del CAD para atender una demanda nueva o reingreso. Suele realizarse por parte del personal administrativo e incluye la escucha de la demanda planteada por el paciente o la familia, la toma de datos iniciales y la asignación de una primera cita con un técnico.

b) Acogida: Se realiza en el marco de la primera entrevista con un técnico miembro del equipo interdisciplinar, una vez que el paciente o la familia ha solicitado ser atendido/a, ya sea por primera vez o como reingreso después de una atención previa. Los objetivos de esta entrevista de acogida son:

- Escucha activa de la demanda.
- Recabar la información mínima imprescindible.
- Comprobar si existe algún motivo de prioridad en la atención:
 - Embarazo.
 - Riesgo para menores o mayores dependientes a su cargo.
 - Estilo de consumo de alto riesgo como compartir jeringuillas o no utilizar medidas higiénicas en la administración de la droga.
 - Presencia de enfermedades o trastornos físicos que requieran tratamiento urgente.
 - Trastornos psiquiátricos que requieran tratamiento urgente.
 - Riesgo de autolesiones.
 - Amenaza para la seguridad de otras personas.
 - Otros motivos de atención prioritaria.
- Dar información y orientar sobre las actuaciones posibles, canalizando aquellas demandas que no correspondan al centro hacia los servicios más adecuados.
- Generar empatía e iniciar el establecimiento del vínculo terapéutico que favorezca la retención y minimice el abandono en esta fase inicial.
- Motivar al paciente para iniciar el proceso de atención.
- Asignar cita o citas con los profesionales que vayan a intervenir en la valoración.

La entrevista motivacional breve puede resultar una herramienta de gran utilidad en estas primeras fases de la intervención, independientemente de la sustancia o sustancias consumidas, ya que se trata de intervenciones sencillas, que refuerzan y apoyan el deseo de cambio del paciente ayudándole a salir de su ambivalencia inicial.

6.2. VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR Y EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

6.2.1. VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR

El proceso de valoración del paciente en sus aspectos bio/psico/sociales resulta fundamental como primer paso para establecer un plan de acción y una estrategia de intervención adecuada.

En este proceso de valoración inicial los profesionales pertenecientes a las diversas disciplinas recogen la información esencial para la evaluación del paciente. Dicha evaluación continua de forma dinámica a lo largo del proceso de intervención integral, retroalimentando al equipo técnico y al propio paciente, con una información útil relacionada con las diferentes áreas afectadas por la drogodependencia: sanitaria, psicológica, social y ocupacional.

La información recogida en esta valoración y puesta en común por parte del equipo interdisciplinar permite realizar una evaluación multidimensional del paciente.

6.2.2. EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

Las personas que acceden a la red de centros de Instituto de Adicciones por un problema de drogodependencia suelen presentar una problemática asociada, que afecta a diversas áreas de su vida, tanto en la esfera biológica como en los aspectos psico-sociales.

Además del consumo de drogas resulta necesario, por lo tanto, evaluar la situación de cada persona en dichas áreas o dimensiones, a fin de poder hacer un diagnóstico lo más completo posible de su situación y, de ese modo, poder ofertar un programa de intervención integral, que de respuesta a la complejidad de circunstancias que pueden estar presentes en cada individuo en un momento determinado.

Esta valoración multidimensional facilita además, contando por supuesto con la opinión y el deseo de cada paciente, la formulación de los objetivos de la intervención en las diferentes áreas, es decir, el diseño de un programa personalizado de intervención, dando así las claves para orientar las sucesivas intervenciones o modificaciones en el programa inicial, en función de un proceso de evaluación continua por parte del equipo responsable de cada caso.

Por otra parte, este sistema nos permite realizar un seguimiento tras el alta del paciente. Este seguimiento post-alta nos permitirá saber, no solo si se han producido cambios o no durante el proceso de intervención, sino también si estos cambios son duraderos, si continúan una vez que este ha finalizado.

En resumen, este sistema de evaluación facilita los siguientes procesos:

- La valoración inicial del paciente.
- El diseño del programa personalizado de intervención (de tratamiento y de reinserción como un proceso único y continuo).

Protocolo de intervención de enfermería

- El seguimiento de la evolución del paciente por parte del equipo responsable y la priorización de la intervención en determinadas áreas.
- La evaluación de resultados (la evaluación de la situación al alta del paciente).
- El seguimiento post- alta.

Las áreas, dimensiones o ejes en los que se realiza esta evaluación son:

1. Área de salud y autocuidados.
2. Área psicopatológica.
3. Área de consumo de sustancias.
4. Área familiar.
5. Área socio-relacional.
6. Área formativo-laboral.
7. Área de ocio y tiempo libre.

Protocolo de intervención de enfermería

6.2.3. EJES DE EVALUACIÓN.

EJE 1: SALUD/AUTOCUIDADOS		
<p>OBJETIVO GENERAL: Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO: 1. Conseguir y mantener un estado nutricional adecuado.</p>		
CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA/PR	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Prevención y promoción de la salud. ▸ Conocimientos sobre salud/autocuidados en los ámbitos de: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación: como, cuanto, como, donde, cuando. • Eliminación. • Actividad física. ▸ Fomentar dieta saludable adecuada al estado de salud del paciente y estilo de vida. ▸ Fomentar práctica de ejercicio. ▸ Fomentar la ingesta hídrica adecuada. ▸ Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable. ▸ Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento. ▸ Participación e implicación del paciente y su familia en el tratamiento no farmacológico. ▸ Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente. ▸ Información sobre recursos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha, ayuda y reflexión. ▸ Utilización del proceso enfermero para la valoración del estado de nutricional e identificación de problemas. ▸ Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse. ▸ Ayudar a priorizar los objetivos. ▸ Utilización de métodos de educación para la salud. ▸ Detección precoz de conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación. ▸ Explicar la cantidad y calidad de ingesta hídrica diaria y sus beneficios. ▸ Instruir al paciente sobre la relación de dieta adecuada y patrón de eliminación. ▸ Ayudar al paciente a identificar los cambios en su patrón de eliminación, teniendo en cuenta los efectos que producen las sustancias consumidas o medicación tomada. ▸ Refuerzo de las conductas de auto-cuidado en alimentación. ▸ Informar al paciente del propósito y beneficios de la actividad física. ▸ Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria. ▸ Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención. ▸ Coordinación entre el equipo del CAD y los recursos externos. ▸ Dirección, colaboración o participación en programas de Educación Para la Salud (EPS). ▸ Utilización de diversas técnicas de educación para la salud. ▸ Fomento del autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entrevista motivacional individual. ▸ Diagnostico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 2013). ▸ Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification, NIC 2009). ▸ Clasificación de objetivos enfermeros.(Nursing Outcomes Classification, NOC 2009). ▸ Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información. ▸ Índice de Masa Corporal (IMC, ANEXO 3.1). ▸ Pirámide alimenticia. ▸ Auto-registros (ANEXO 4). ▸ Escalas de evaluación del estado Nutricional Mini Nutricional Assessment (MNA,) http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_spanish.pdf. ▸ Cuestionario para cribado de anorexia y bulimia: Scoff (ANEXO 3.2). ▸ Intervención en Grupos Terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de acogida/inicio. • Educación para la Salud. • Prevención de recaídas.

Protocolo de intervención de enfermería

EJE 1: SALUD/AUTOCUIDADOS

OBJETIVO GENERAL: Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.

OBJETIVO ESPECÍFICO: 2. Conseguir y mantener hábitos de higiene saludables.

CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA/PR	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Prevención y promoción de la salud. ▸ Conocimientos sobre salud/autocuidados en los ámbitos de: <ul style="list-style-type: none"> • Higiene. • Sueño/descanso. • Actividad física. ▸ Fomentar de la higiene general. ▸ Fomentar de la higiene bucal. ▸ Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados. ▸ Fomentar práctica de ejercicio. ▸ Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable. ▸ Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento. ▸ Participación e implicación del paciente y su familia en el tratamiento no farmacológico. ▸ Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente. ▸ Información sobre recursos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha, ayuda y reflexión. ▸ Utilización del proceso enfermero para la valoración de los hábitos de higiene/actividad/descanso, identificación de problemas. ▸ Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse. ▸ Ayudar a priorizar los objetivos. ▸ Enseñar al paciente la importancia de una buena higiene personal. ▸ Instruir al paciente sobre técnicas de higiene bucal adecuadas. ▸ Ayudar a establecer rutina de cuidados bucales. ▸ Valorar la ingesta de alimentos/bebidas que faciliten o entorpezcan el sueño. ▸ Informar al paciente del propósito y beneficios de la actividad. ▸ Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función de su estado físico. ▸ Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. ▸ Animar a seguir una rutina a la hora de acostarse para facilitar la inducción. ▸ Recomendar limitar el sueño durante el día mediante actividad que favorezca vigilia. ▸ Aconsejar al paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad. ▸ Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención. ▸ Coordinación entre el equipo del CAD y los recursos externos. ▸ Dirección, colaboración o participación en programas de EPS. ▸ Fomento del autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general. ▸ Refuerzo de las conductas de auto-cuidado de hábitos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entrevista motivacional individual. ▸ Diagnostico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 2013). ▸ Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification, NIC 2009). ▸ Clasificación de objetivos enfermeros. (Nursing Outcomes Classification, NOC 2009). ▸ Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información. ▸ Auto-registros. ▸ Escala Modificada de Karnofsky (ANEXO 3.3). ▸ Intervención en Grupos Terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de acogida/inicio. • Educación para la Salud. • Prevención de recaídas.

Protocolo de intervención de enfermería

EJE 1: SALUD/AUTOCUIDADOS

OBJETIVO GENERAL: Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.

OBJETIVO ESPECÍFICO: 3. Adquirir y mantener una sexualidad saludable.

CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA/PR	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Prevención y promoción de la salud. ▸ Conocimientos sobre salud/autocuidados en los ámbitos de: <ul style="list-style-type: none"> • Sustancias de consumo y sus efectos/consecuencias sobre las relaciones sexuales. • Conductas para un Sexo seguro. • Sexualidad saludable. • Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). <ul style="list-style-type: none"> • Métodos anticonceptivos. • Embarazo. ▸ Enseñanza: sexo más seguro. ▸ Asesoramiento antes de la concepción. ▸ Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable. ▸ Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento. ▸ Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente. ▸ Información sobre recursos de salud y planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha, ayuda y reflexión animando al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas. ▸ Utilización del proceso enfermero para la valoración del estado de salud sexual, identificación de problemas. ▸ Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse y a priorizarlos. ▸ Contribución al fomento de la salud afectivo-sexual y a la adopción de conductas reproductivas saludables. ▸ Asesorar sobre los efectos de la medicación sobre la sexualidad. ▸ Instruir en prácticas de bajo riesgo, uso correcto del preservativo, adecuada higiene, lubricación y eliminación de orina después de la relación para disminuir riesgo de infecciones. ▸ Ver con el paciente formas de negociar con la pareja sexo seguro. ▸ Explorar la predisposición al embarazo de los miembros de la pareja fomentando la valoración realista de la situación socio-económica de la pareja y apoyos/opciones tras el nacimiento. ▸ Detección precoz de conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones del embarazo. ▸ Recomendar realizar consulta ginecológica. ▸ Instruir sobre relación desarrollo fetal y teratógenos (tabaco, alcohol...). ▸ Realización de técnicas diagnósticas especialmente relacionadas con la prevención de enfermedades crónicas más prevalentes. ▸ Planificación, desarrollo y evaluación, junto a otros especialistas y profesionales, de programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el paciente. ▸ Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención. ▸ Educación y asesoramiento sobre la salud sexual. ▸ Contribución al fomento de la salud afectivo-sexual y a la adopción de conductas reproductivas saludables. ▸ Coordinación entre el equipo del CAD y los recursos externos. ▸ Dirección, colaboración o participación en programas de EPS. ▸ Utilización de métodos de educación para la salud. ▸ Refuerzo de las conductas de auto-cuidado sobre salud sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entrevista motivacional individual. ▸ Diagnostico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 2013). ▸ Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification, NIC 2009). ▸ Clasificación de objetivos enfermeros. (Nursing Outcomes Classification, NOC 2009). ▸ Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información. ▸ Intervención en Grupos Terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> • Educación para la Salud. ▸ Entrega de preservativos. ▸ Pruebas de embarazo.

Protocolo de intervención de enfermería

EJE 1: SALUD/AUTOCUIDADOS

OBJETIVO GENERAL: Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.

OBJETIVO ESPECÍFICO: 4. Conseguir y mantener la adherencia al tratamiento.

CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA/PR	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Prevención y promoción de la salud. ▸ Conocimientos sobre salud/autocuidados en los ámbitos de: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico y no farmacológico. • Enfermedades relacionadas con el consumo: prevención y síntomas. ▸ Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable. ▸ Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento. ▸ Participación e implicación del paciente y su familia en el tratamiento no farmacológico. ▸ Cumplimiento de pautas adecuadas: farmacológicas, no farmacológicas, adherencia al tratamiento. ▸ Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente. ▸ Valoración Conducta control consumo. ▸ Valoración Consecuencias consumo. ▸ Información sobre recursos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha, ayuda y reflexión. ▸ Utilización del proceso enfermero para la valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud. ▸ Ayudar a priorizar los objetivos. ▸ Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse. ▸ Evaluar el conocimiento del paciente sobre los fármacos prescritos ▸ Instruir acerca de la acción y administración correcta. ▸ Informar sobre consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. ▸ Enseñar a aliviar/prevenir efectos secundarios. ▸ Informar sobre cambios de aspecto y/o dosis de los genéricos. ▸ Advertir sobre los riesgos de tomar medicamentos prescritos a otras personas. ▸ Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos/alimentos/sustancias. ▸ Enseñar al paciente la forma correcta de almacenamiento de los medicamentos. ▸ Animar al paciente a que verbalice dificultades con los tratamientos prescritos. ▸ Realización de técnicas diagnósticas especialmente relacionadas con la prevención de enfermedades crónicas más prevalentes. ▸ Planificación, desarrollo y evaluación, junto a otros especialistas y profesionales, de programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el paciente. ▸ Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención. ▸ Coordinación entre el equipo del CAD y los recursos externos. ▸ Dirección, colaboración o participación en programas de EPS. ▸ Utilización de métodos de educación para la salud. ▸ Programas de vacunación en el adulto. ▸ Fomento del autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general. ▸ Detección precoz de conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación, embarazo, sustancias tóxicas y tabaquismo. ▸ Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información. <p>Refuerzo de las conductas de auto-cuidado de hábitos de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entrevista motivacional individual. ▸ Diagnostico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 2013). ▸ Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification, NIC 2009). ▸ Clasificación de objetivos enfermeros. (Nursing Outcomes Classification, NOC 2009). ▸ Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información. ▸ Auto-registros. ▸ Uku – Escala De Efectos Secundarios (ANEXO 3.4). ▸ Tratamiento Directamente Observado (TDO). ▸ Tratamiento Directamente Supervisado (TDS). ▸ Intervención en Grupos Terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de acogida/inicio. • Educación para la Salud. • Prevención de recaídas.

Protocolo de intervención de enfermería

EJE 1: SALUD/AUTOCUIDADOS

OBJETIVO GENERAL: Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.

OBJETIVO ESPECÍFICO: 5. Prevenir y controlar las patologías asociadas e/o inducidas por el consumo de drogas para mejorar la calidad de vida.

CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA/PR	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Prevención y promoción de la salud. ▸ Conocimientos sobre salud/autocuidados en: <ul style="list-style-type: none"> • Sustancias de consumo y sus efectos/consecuencias. • Enfermedades relacionadas con el consumo: prevención y síntomas. ▸ Valoración Conducta control consumo. ▸ Valoración Consecuencias consumo. ▸ Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable. ▸ Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento. ▸ Participación e implicación del paciente y su familia en el tratamiento no farmacológico. ▸ Cumplimiento de pautas adecuadas: farmacológicas, no farmacológicas. ▸ Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente. ▸ Información sobre recursos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha, ayuda y reflexión. ▸ Utilización del proceso enfermero para la valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud. ▸ Realización de técnicas diagnósticas especialmente relacionadas con la prevención de enfermedades crónicas más prevalentes. ▸ Planificación, desarrollo y evaluación, junto a otros especialistas y profesionales, de programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el paciente. ▸ Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse. ▸ Ayudar a priorizar los objetivos. ▸ Detección precoz de conductas de riesgo para la salud relacionadas con las sustancias tóxicas y tabaquismo. ▸ Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención. ▸ Evaluar el nivel actual de conocimientos. ▸ Proporcionar información sobre la enfermedad, si procede. ▸ Explorar lo que ya ha hecho para controlar síntomas/enfermedad ▸ Instruir sobre cambios de estilo de vida para controlar proceso/evitar complicaciones. ▸ Coordinación entre el equipo del CAD y los recursos externos. ▸ Dirección, colaboración o participación en programas de EPS. ▸ Utilización de métodos de educación para la salud. ▸ Programas de vacunación en el adulto. ▸ Fomento del autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general. ▸ Refuerzo de las conductas de auto-cuidado de hábitos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entrevista motivacional individual. ▸ Diagnóstico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 2013). ▸ Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification, NIC 2009). ▸ Clasificación de objetivos enfermeros. (Nursing Outcomes Classification, NOC 2009). ▸ Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información. ▸ Auto-registros. ▸ Vacunas. ▸ Realización prueba de tuberculina o PPD. ▸ TDO/TDS. ▸ Intervención en Grupos Terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de acogida/inicio. • Educación para la Salud. • Prevención de recaídas.

Protocolo de intervención de enfermería

EJE 2: PSICOPATOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL: Lograr la mayor estabilidad psíquica posible del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA/PR	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>1. REALIDAD Restablecer el contacto con la realidad, alterado por trastornos del pensamiento y/o la percepción.</p> <p>2. ANSIEDAD Reducir el nivel de ansiedad.</p> <p>3. ÁNIMO: Estabilizar el estado de ánimo patológico.</p> <p>4. IMPULSIVIDAD: Incrementar la capacidad de autocontrol del sujeto y minimizar el riesgo de violencia.</p> <p>5. SUICIDIO: Minimizar el riesgo de suicidio.</p> <p>6. CAPACIDAD COGNITIVA: Optimizar las capacidades cognitivas el paciente para que sea funcional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Manejo de la ansiedad. ▸ Impulsividad. ▸ Pensamientos irracionales. ▸ Deterioro cognitivo y su prevención. ▸ Alteraciones de la conducta alimentaria. ▸ Alteraciones en la autoestima, percepción alterada de la imagen corporal. ▸ Cumplimiento de pautas adecuadas: farmacológicas, no farmacológicas, adherencia al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención. ▸ Detección de sintomatología psicopatológica. ▸ Técnicas de relajación y control de estrés. ▸ Fomento del autocuidado para ayudar a la autoestima y habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entrevista de seguimiento individualizada. ▸ Historia de enfermería informatizada. ▸ Auto-registros. ▸ Test de cribado para trastornos de la alimentación – Scoff. ▸ Escala de evaluación de la imagen corporal – Gardner (ANEXO 3.5). ▸ Estimulación Cognitiva. ▸ Grupo de Relajación. ▸ Escala de ansiedad de Goldberg.

Protocolo de intervención de enfermería

EJE 3: CONSUMO

OBJETIVO GENERAL: Lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA/PR	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>1. CONCIENCIA DE PROBLEMA: Conocer e identificar efectos y riesgos de las drogas que consume.</p> <p>2. ABSTINENCIA/REDUCCIÓN: Abandonar o reducir el consumo de las drogas por las que solicita tratamiento.</p> <p>3. CONSUMO DE OTRAS DROGAS: Evitar o reducir el consumo de drogas, que no han generado la demanda.</p> <p>4. DAÑOS Y RIESGOS: Evitar o reducir los daños y riesgos asociados al consumo.</p> <p>5. RECAÍDAS: Evitar, disminuir o distanciar las recaídas y reducir su impacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Conocimientos sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Salud/autocuidados. • Sustancias de consumo y sus efectos/consecuencias. • Enfermedades asociadas a las sustancias y al comportamiento de consumo. • Conductas de riesgo de consumo. ▸ Conciencia de problema. ▸ Habilidades de autocontrol. ▸ Disminución del consumo. ▸ Cambio de vía a menor riesgo. ▸ Reducción de los daños y riesgos asociados al consumo. ▸ Estabilización, mantenimiento y consolidación de la abstinencia. ▸ Factores de riesgo y factores de protección para la consolidación de la abstinencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha, ayuda y reflexión. ▸ Utilización del proceso enfermero para la valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud. ▸ Apoyo y Contención. ▸ Información específica de sustancias. ▸ Motivación del paciente para lograr su implicación en el tratamiento y la orientación al cambio. ▸ Ayudar al paciente a realizar correctamente cambio de vía de administración de sustancias. ▸ Consensuar pautas de reducción de consumo y supervisar cumplimiento. ▸ Potenciación de hábitos de vida saludables en relación al auto-cuidado reforzando comportamientos de menor riesgo y de mayor autocuidado. ▸ Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención. ▸ Seguimiento y refuerzo de consecución de objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Seguimiento en entrevista motivacional individual/familiar. ▸ Historia de enfermería informatizada. ▸ Intervención en Grupos Terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> • Educación para la Salud. • Prevención de recaídas. • Grupo de Familiares. ▸ Recogida de muestras biológicas. ▸ Programa Intercambio de Jeringuillas (PIJ). ▸ Programa de Sustitutivos Opiáceos (PSO). ▸ Vacunación. ▸ PPD.

Protocolo de intervención de enfermería

EJE 4: FAMILIAR

OBJETIVO GENERAL: Conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA/PR	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>1. ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR: Tomar conciencia de su posición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad.</p> <p>2. SIGNIFICADO DEL CONSUMO EN LA FAMILIA: Identificar la función del consumo y generar alternativas.</p> <p>3. IMPLICACIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO: Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento.</p> <p>4. CONSUMO FAMILIAR Y RESOLUCIÓN DE CRISIS: Afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz minimizando las repercusiones de la historia familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Normas, límites, comunicación y responsabilidades familiares. ▸ Aclaración de conceptos sobre adicciones. ▸ Papel de los familiares durante las diferentes fases del proceso de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Trabajo en equipo en atención familiar. ▸ Información específica sobre sustancias y efectos. ▸ Motivación de la familia para lograr su implicación en el proceso de tratamiento/cambio. ▸ Refuerzo del papel de la familia como figura clave de apoyo y acompañamiento en el proceso de atención. ▸ Identificación de la capacidad de negociación familiar y el manejo de límites, normas y valores. ▸ Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Seguimiento en entrevista conjunta familiar. ▸ Historia de enfermería informatizada. ▸ Entrevistas informativas y motivacionales con familia y/o personas significativas. ▸ Grupos terapéuticos para familiares. ▸ Escala de sobrecarga del cuidador – Zarit (ANEXO 3.6).

EJE 5: SOCIO-RELACIONAL

El objetivo general es conseguir y mantener unas relaciones sociales saludables.

Como enfermeros/PR los contenidos a trabajar serán las relaciones y vínculos sociales o la ausencia de estos. El seguimiento se realizará mediante entrevista individual, para detectar así mismo situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención y reforzar las conductas sociales saludables.

EJE 6: FORMATIVO-LABORAL

El objetivo general es conseguir y mantener una formación y/o trabajo adecuado, satisfactorio y estable.

Como enfermeros/PR los contenidos a trabajar se centran en los intereses formativos y laborales del paciente para detectar situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención. El seguimiento se realiza mediante entrevista individual registrada en la HIE e incluye la derivación y coordinación con SOL.

EJE 7: OCIO

El objetivo general es lograr la organización activa del tiempo libre y el disfrute de un ocio saludable.

Como enfermeros/PR los contenidos a trabajar serán el ocio saludable con el objetivo de detectar situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.

La evaluación por parte del equipo técnico, incluirá determinar si el paciente pertenece a alguno de los colectivos con necesidades especiales descritos anteriormente, en cuyo caso, será tenido en cuenta al planificar la intervención con el objetivo de responder a ellas.

6.3. PROGRAMA PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN (PPI)

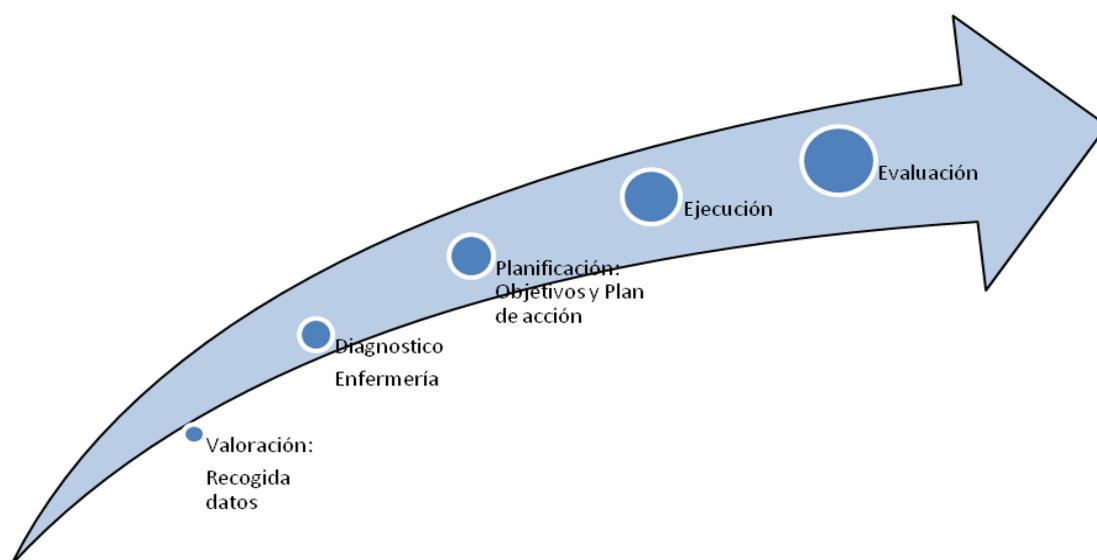
El Proceso de Atención Enfermería, PAE, o Proceso Enfermero, PE, facilita a los profesionales de enfermería prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática mediante la aplicación del método científico. Así mismo, el PAE es un proceso de evaluación continua, dinámico y flexible que permite la retroalimentación y reformulación de objetivos, a lo largo de todas las etapas.

Partiendo de este proceso, los profesionales enfermeros del Instituto de Adicciones elaboran la historia informática de enfermería, HIE, como herramienta para la organización y registro de la información y guía para homogeneizar las intervenciones enfermeras.

Su diseño está basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon (2010), adaptados tanto a la intervención en drogodependencias como al estilo de trabajo interdisciplinar característico del Instituto de Adicciones.

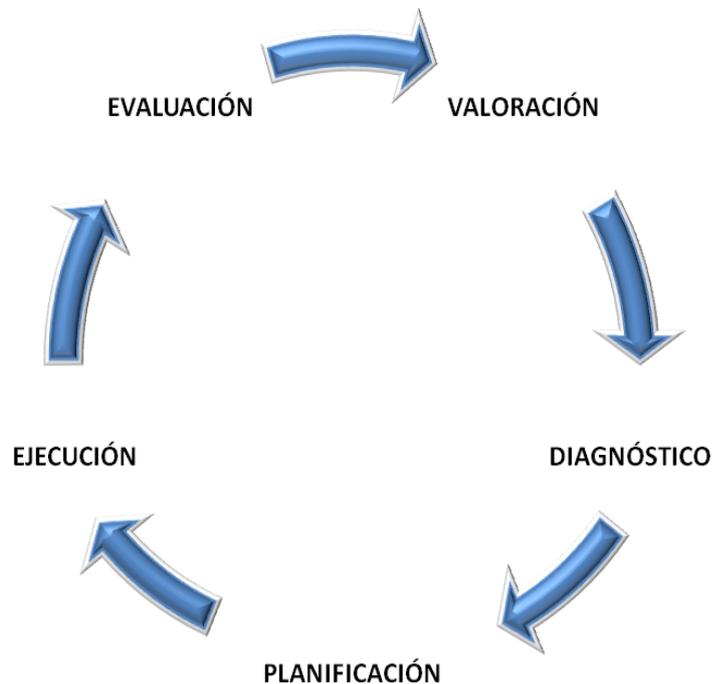
Tanto los diagnósticos, como los objetivos e intervenciones descritos en la HIE, se han adaptado de la taxonomías internacionalmente reconocidas y aceptadas. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification).

La enfermería sigue la línea de actuación del Instituto de Adicciones basada en la mejora continua de la calidad de la atención, lo que hace que la HIE sea una herramienta dinámica sometida a un constante proceso de revisión y mejora.



Protocolo de intervención de enfermería

➤ PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) DENTRO DEL PROGRAMA PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN (PPI)



6.3.1 VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR. PAE: FASE DE VALORACIÓN

La primera fase del PAE tiene como objetivo la obtención de información sobre las respuestas físicas, ideas, valores y sentimientos del paciente, que nos permitirá identificar sus necesidades y determinar las prioridades del plan de cuidados. Se recogen datos objetivos (TA, IMC...) y subjetivos, actuales y pasados, utilizando como herramienta para ello la entrevista, la observación directa y el examen físico. La información recogida ha de quedar registrada en la historia, *“por la importancia para el seguimiento del paciente y para el equipo, por ser un material valioso para la docencia y la investigación, y por su validez legal en determinados momentos”* (Sánchez González, N. y Ruiz Sánchez P. 2009). (ANEXO 4).

Aunque teóricamente es en esta primera entrevista cuando se realiza la valoración completa según los distintos patrones, no siempre es así, ya que se utiliza el modelo de entrevista semiestructurada, que permite la recogida de información imprescindible, y deja espacio para que el paciente se exprese, se sienta escuchado, y, mediante la empatía, se pueda establecer una buena relación terapéutica, ya que esta primera cita es un momento crítico para su inicio. El hecho de que el tratamiento sea personalizado, permite programar las citas de seguimiento necesarias en cada caso y ajustar su contenido.

Es importante resaltar que en esta primera cita, el enfermero, cuenta con la información recogida en la entrevista de acogida, que incluye la historia de consumo, los objetivos del paciente respecto a él (abstinencia, reducción), la situación social, etc.

A continuación se describen las áreas que incluye la historia de enfermería, como ya se ha dicho basadas en los patrones funcionales de Marjory Gordon, adaptados al estilo de trabajo específico del Instituto de Adicciones.

A) CONSUMO DE SUSTANCIAS

- Sustancias consumidas, patrón y vías de consumo.
- Valoración por parte del paciente de las consecuencias de dicho consumo.

B) PERCEPCIÓN-MANEJO SALUD

- Presencia o ausencia de alergias.
- Frecuencia cardiaca y tensión arterial.
- Antecedentes orgánicos y psicopatológicos; tratamiento farmacológico y revisiones periódicas.
- Situación vacunal.

C) HIGIENE

- Hábitos de higiene general y bucodental.

D) ACTIVIDAD-EJERCICIO/SUEÑO-DESCANSO

- Nivel cualitativo y cuantitativo de actividad física y descanso diarios.

E) COGNITIVO-PERCEPTIVO/AUTOESTIMA Y AUTOPERCEPCIÓN

- Alteración de la percepción sensorial: visión, audición y olfato. Si hay alteración: corregida/tratada o precisa revisión.
- Problemas con el idioma y habilidades del lenguaje.
- Autopercepción de la imagen corporal.

F) SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Realización o no de revisiones ginecológicas y su periodicidad.
- Tipo de menstruación: regular, irregular o amenorrea.
- Nº de abortos y cuántos de ellos son Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
- Tipo de anticonceptivo utilizado.

G) NUTRICIÓN/ELIMINACIÓN

- Apetito.
- Distribución de las ingestas durante el día.
- Estilo de comidas: regular/irregular/caótico.
- Composición: variada/no variada/bocadillos/albergue-comedor.
- Encuesta nutricional: nº de raciones diarias o semanales de todos los grupos alimentarios.
- IMC (índice de masa corporal).
- Quien es el encargado de comprar y preparar la comida.
- Ingesta hídrica diaria.
- Frecuencia de eliminación intestinal.
- Presencia o ausencia de alteraciones en la micción.

6.3.2. DISEÑO DEL PROGRAMA PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN. PAE: FASES DE DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN.

➤ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Los diagnósticos enfermeros identifican los problemas y necesidades que el paciente tiene. No describen una enfermedad concreta, sino una respuesta humana por lo que necesariamente han de individualizarse. Constan de un enunciado con tres partes: etiqueta diagnóstica (común), etiología (relacionado con) y síntomas (manifestado por), estas dos últimas son específicas de cada persona.

Tras analizar los datos obtenidos en la valoración se identifican los problemas y se formulan los diagnósticos, que pueden ser:

- De colaboración (rol interdependiente de enfermería).
- Diagnósticos Enfermeros (rol independiente/propio).

Tipos de diagnósticos de enfermería:

- **Reales:** respuesta actual de la persona ante una situación de salud o proceso vital. Se componen de tres partes:
 - Etiqueta diagnóstica (ej. Dolor).
 - Etiología, relacionado con (ej. Inflamación).
 - Manifestado por (ej. Ademanos del paciente).
- **De riesgo.** Respuesta humana a posibles situaciones futuras de salud o proceso vital. Se componen de dos partes:
 - Etiqueta diagnóstica.
 - Factor de riesgo.
- **De salud.** Se formula cuando la persona tiene buen nivel de salud/bienestar pero puede y quiere alcanzar uno mayor.
Ej.: “Disposición para mejorar la alimentación”.

En la HIE se han incluido como posible elección diversas etiquetas de diagnósticos reales y de salud, consensuadas por los profesionales tras ser identificadas como las de aparición más frecuente.

➤ **PLANIFICACIÓN**

En esta etapa se establecen las prioridades de intervención, se fijan los objetivos (NOC) para cada diagnóstico real o de riesgo y se determinan las intervenciones (NIC) según la situación de cada paciente.

Utilizando como base los NOC, se han diseñado grupos de indicadores que, mediante escalas tipo Likert permiten evaluar la situación de partida y el progreso del paciente durante la intervención enfermera y tras finalizar esta.

A) CONSUMO DE SUSTANCIAS

➤ *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA*

No se han incluido diagnósticos enfermeros en esta área. Todos los pacientes están diagnosticados de abuso o dependencia a sustancias (DSM IV-TR).

➤ *NOC*

- 1407 Consecuencias del consumo.
 - Disminución de la actividad física.
 - Pérdida de memoria/concentración.
 - Dificultad para mantener empleos, estudiar.
 - Gasto de dinero en droga.
 - Problemas de relación con familia y pareja.
- 1903, 1904, 1906, 1812 Conducta de control del consumo.
 - Reconoce las consecuencias del consumo en sí mismo.
 - Evita factores que lo favorecen.
 - Utiliza apoyos para controlarlo.
 - Se compromete con las estrategias del control del consumo.
 - Sigue las estrategias seleccionadas.

➤ *NIC*

Las intervenciones tienen como objetivo la disminución o supresión del consumo y reducción del daño, las cuales se describen en la página 51.

B) PERCEPCIÓN-MANEJO SALUD

➤ *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA*

- 00082 Manejo efectivo del régimen terapéutico.
- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- 00079 Incumplimiento del tratamiento.
- 00072 Negación ineficaz.

➤ *NOC*

- Adaptados de los NOC 1300, 1805 y 1803.
 - Percepción del paciente sobre su estado de salud.
 - Adhesión al tratamiento farmacológico.
 - Asistencia a revisiones periódicas.
 - Actitud hacia la enfermedad.
- 1808 Conocimiento: medicación.
- 1824 Conocimiento: cuidados de la enfermedad.

➤ *NIC*

- 5616 Enseñanza: fármacos prescritos.
 - Evaluar el conocimiento del paciente sobre los fármacos.
 - Instruir acerca de la acción y administración correcta.
 - Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
 - Enseñar a aliviar/prevenir efectos secundarios.
 - Informar sobre cambios de aspecto y/o dosis de los fármacos genéricos.
 - Advertir sobre los riesgos de tomar medicamentos prescritos a otras personas.
- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.
 - Evaluar el nivel actual de conocimientos.
 - Proporcionar información sobre la enfermedad, si procede.
 - Explorar lo que ya ha hecho para controlar síntomas/enfermedad.
 - Instruir sobre cambios de estilo de vida para controlar proceso/evitar complicaciones.
- 4410 Establecimiento de objetivos comunes.
 - Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.
 - Ayudar a priorizar los objetivos.
 - Establecer los objetivos en términos positivos.
 - Animar a identificar sus propias virtudes y habilidades.

C) HIGIENE

➤ *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA*

- Adaptado de 00193, 00108 Déficit de higiene.
- 00048 Deterioro de la dentición.

➤ *NOC*

- 0305 Higiene personal.
 - Adecuada.
 - Necesita mejorar.
- 0308 Higiene bucodental.
 - N° lavados diarios.
 - Frecuencia de lavado nocturno.
 - Alteración de la masticación.

➤ *NIC*

- 5634 Enseñanza: entrenamiento para el aseo (adaptado a adultos).
- 1720 Fomentar la salud bucal.
 - Adquirir pautas de higiene bucodental concretas y correctas.
 - Conocer los beneficios de una dentadura sana.
 - Concienciar que una correcta higiene bucodental supone casi la única vía de prevención de diferentes patologías.
 - Aprender a diferenciar diferentes patologías y conocer el modo de actuar ante ellas.

D) ACTIVIDAD-EJERCICIO/ DESCANSO

➤ *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA*

- 00097 (Adaptado) Déficit actividad física.
- 00095 Deterioro del patrón del sueño.

➤ *NOC*

- 1811 Ejercicio físico habitual.
 - N° de días en semana que practica ejercicio.
 - Tipo de actividad física diaria.
- 0003 Descanso/0004 Sueño.
 - Calidad del sueño autopercebida.
 - Horas de sueño nocturno.
 - Problemas relacionados.

➤ *NIC*

- 0200 Fomento ejercicio.
 - Explorar experiencias deportivas anteriores.
 - Explorar las barreras para el ejercicio.
 - Fomentar práctica de ejercicio en grupo.
 - Fomento de actividades recreativas no sedentarias (baile, senderismo...).
- 1850 Mejora del sueño.
 - Determinar el esquema sueño/vigilia del paciente.
 - Animar a seguir una rutina a la hora de acostarse para facilitar la inducción.
 - Valorar la ingesta de alimentos/bebidas que faciliten o entorpezcan el sueño.
 - Ayudar a limitar el sueño durante el día mediante actividad que favorezca vigilia.
 - Identificar las medicaciones que esté tomando para el sueño.

E) COGNITIVO-PERCEPTIVO/AUTOESTIMA Y AUTOPERCEPCIÓN.

➤ *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA*

- 00122 Alteración de la percepción sensorial.
- 00051 Deterioro de la comunicación verbal.
- 00118 (Adaptado) Insatisfacción con la imagen corporal.

➤ *NOC*

- Adaptados de 1205, 2002, 2006 y 1200.
 - Conformidad con imagen corporal.
 - Adaptación a cambios físicos/función/estados de salud.
 - Voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto físico.

➤ *NIC*

- 5220 Potenciación de la imagen corporal:
 - Determinar si el disgusto percibido limita la actividad social.
 - Observar la frecuencia de las frases negativas respecto a su aspecto físico.
 - Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto físico.
Ayudar al paciente a hablar sobre los cambios físicos causados por la pubertad, embarazo, envejecimiento, enfermedad, etc.

F) SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

➤ *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA*

- 00059 Disfunción sexual.
- 00126 Conocimientos deficientes.

➤ *NOC*

- Adaptados 1815, 1821, 1905 y 2802. Conocimiento: sexo más seguro.
 - Descripción del efecto de las drogas sobre la conducta sexual.
 - Descripción de prácticas sexuales seguras.
 - Teoría y práctica del uso correcto del preservativo.
 - Uso de métodos para evitar ETS.
 - Reconocimiento de signos/síntomas de ETS.
- 1907 Control del riesgo: embarazo no deseado.
 - Reconoce el riesgo de embarazo.
 - Desarrolla estrategias efectivas de prevención.
 - Identifica métodos anticonceptivos apropiados.
 - Utiliza los métodos anticonceptivos correctamente.

➤ *NIC*

- 5622 Enseñanza: sexo más seguro.
 - Instruir en prácticas de bajo riesgo.
 - Instruir sobre el uso correcto del preservativo.
 - Instruir sobre adecuada higiene, lubricación y eliminación de orina después de la relación para disminuir riesgo de infecciones.
 - Ver con el paciente formas de negociar con la pareja sexo seguro.
- 5247 Asesoramiento antes de la concepción:
 - Explorar la predisposición al embarazo de los miembros de la pareja.
 - Fomentar valoración realista de la situación socio-económica de la pareja y apoyos/opciones tras el nacimiento.
 - Realizar consulta ginecológica y dental prenatal.
 - Instruir sobre relación desarrollo fetal y teratógenos (tabaco, alcohol...).

G) NUTRICIONAL-METABÓLICO/ ELIMINACIÓN

➤ *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA*

- 00001 Desequilibrio de la nutrición por exceso
- 00002 Desequilibrio de la nutrición por defecto.
- 00163 Disposición para mejorar la nutrición.
- 00048 Deterioro de la dentición.
- 00011 Estreñimiento.

➤ *NOC*

- Adaptados 0303, 1008, 1009, 1006 Control del peso.
 - Nº y distribución adecuada de comidas.
 - Composición adecuada de comidas.
 - Identificación de situaciones sociales/estados emocionales que afectan a la ingesta.
 - Práctica de ejercicio físico regular.
 - Expresión una imagen corporal realista.
- 1802 Conocimiento: dieta.
 - Describe la dieta recomendada.
 - Explica la relación entre dieta, ejercicio y peso corporal.
 - Entiende las etiquetas alimentarias.
 - Describe la preparación adecuada de la comida.
 - Desarrollo de estrategias para cambiar hábitos alimentarios.
- 0501 Eliminación intestinal.
 - Frecuencia de eliminación (cada 5, 4,3, 2 días o a diario).
 - Tipo de heces (caprinas, normales, duras).
 - Ingesta de líquido al día valorando si es inferior a 1,5 l. O superior a 1,5 l.
 - Ejercicio valorando si no lo realiza, lo realiza menos de tres veces a la semana o más de tres veces a la semana.

➤ *NIC*

- 1280 Ayuda para disminuir peso :
 - Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso corporal.
 - Hacer registro de lo que come, cuándo y dónde.
 - Consensuar un plan realista que incluya disminución de la ingesta y aumento del gasto de energía.
 - Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer.
 - Ayudar a ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad.
 - Enseñar a interpretar las etiquetas.
- 1240 Ayuda para ganar peso:
 - Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
 - Informar sobre alimentos nutritivos de alto contenido calórico.
 - Fomentar creación ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.
 - Enseñar al paciente y familia a planificar las comidas, si procede.
 - Enseñar al paciente y familia a comprar alimentos de bajo coste y nutritivos, si procede.
 - Proporcionar suplementos dietéticos, si procede.
 - Remitir a instituciones que puedan ayudar en la obtención de comida, si procede.
- 5246 Asesoramiento nutricional :
 - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
 - Determinar la percepción de la necesidad de modificar la dieta.
 - Animar al paciente a discutir preferencias alimenticias.
 - Determinar el conocimiento de los cuatro grupos alimenticios básicos.
 - Discutir los hábitos de compra de comidas y los límites de presupuesto.
 - Establecer metas realistas a corto y largo plazo para la mejora de la nutrición.
- 0440 Entrenamiento intestinal:
 - Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
 - Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
 - Asegurarse de que realiza algún tipo de ejercicio de forma regular.
 - Dedicar a la defecación un tiempo coherente, sin interrupciones y con horario.

6.3.3. RETROALIMENTACIÓN AL PACIENTE Y CONSENSO DEL PPI

El diseño inicial del PPI sólo puede considerarse concluido tras ser consensuado con el paciente. Resulta fundamental realizar una devolución de los resultados de la valoración multidimensional al paciente, y a veces también, a la familia, como paso previo a la definición y concreción del programa de intervención.

Esta devolución de resultados permite cubrir los siguientes objetivos:

- Trasladar al paciente, y en su caso a la familia, información objetiva, clara y precisa de los problemas y de las fortalezas encontradas en cada una de las áreas objeto de evaluación, como forma de ayudarles a tomar conciencia del problema y de la gravedad del mismo, así como de las posibles soluciones.
- Contrastar esta valoración con el grado de conocimiento y conciencia del problema por parte del paciente y su familia.
- Argumentar las razones que justifican un determinado plan de intervención, sus ventajas y sus dificultades, a fin de que el paciente, y en su caso la familia, tomen conciencia clara de su situación y del papel que pueden jugar en las posibles soluciones.
- Explicar los contenidos y las acciones que se proponen en el Programa Personalizado de Intervención (PPI), como puede ser la incorporación a grupos terapéuticos, citas individuales con los diferentes profesionales, administración de fármacos, desintoxicación, etc., y el papel que el paciente y la familia deben jugar en las mismas o los requisitos de cada una de ellas.
- Consensuar con el paciente el PPI, ajustando los objetivos a la situación particular de cada paciente y motivándole para lograr el mayor grado posible de implicación en el programa terapéutico.
- Adecuar las expectativas iniciales del paciente acerca del tratamiento que se le ofrece, reajustando las que resulten inadecuadas y reconvirtiendo demandas poco realistas del paciente o de la familia.

6.3.4. DESARROLLO DEL PPI. PAE: FASE DE EJECUCIÓN

- Una vez definido y consensuado el PPI se procede al desarrollo del mismo, que consiste en utilizar la metodología, las estrategias, las actuaciones específicas y los recursos necesarios, ya sean éstos internos de los propios CAD, o externos, conjugando las distintas intervenciones en función de las necesidades y la evolución del paciente.
- Salvando las diferencias individuales y los ritmos de cambio de cada persona, podemos definir algunas fases o subprocesos en el desarrollo del programa personalizado de intervención.

6.3.5. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

El PPI constituye también una herramienta facilitadora de la evaluación de los cambios que se van produciendo en el paciente durante el proceso de intervención. Estos cambios se harán visibles en cada uno de los ejes y en comparación con los objetivos planteados.

Los datos obtenidos mediante este proceso de evaluación continua, informan al equipo terapéutico sobre la eficacia de las intervenciones planificadas inicialmente en el PPI, y la necesidad de mantener esas indicaciones o variarlas. Así mismo permiten realizar una evaluación de resultados.

➤ *PAE: FASE DE EVALUACIÓN*

La evaluación continua durante todo el proceso de intervención enfermera, permite comprobar si se realizan las actividades de forma correcta, si se produce avance hacia los objetivos y si hay factores que estén dificultando la intervención.

La evaluación como fase final del PAE es la etapa en la se evalúa el logro de los objetivos planteados, y por tanto los resultados del plan de cuidados. En síntesis, la efectividad de las intervenciones enfermeras.

Como se ha descrito anteriormente, los NOC descritos incluyen escalas de medida que permiten cuantificar numéricamente la situación inicial y final del paciente. La HIE tiene como peculiaridad la expresión de dichos valores numéricos en porcentajes. Además de los valores porcentuales inicial y final, calcula automáticamente la diferencia entre ambos, equivalente al avance logrado por el paciente.

Esta herramienta aporta la ventaja de evitar valoraciones subjetivas de los profesionales y facilita la continuidad de las intervenciones aunque el paciente cambie de enfermero de referencia, de centro o requiera tratamientos separados en el tiempo.

Teniendo en cuenta la interrelación de fases, no lograr el resultado esperado puede deberse a diversas causas, entre otras:

- No era el objetivo correcto.
- Elección/ejecución inadecuada de las intervenciones.
- Identificación incorrecta del problema.

7. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

7.1. PRINCIPIOS Y CONSENSOS

Consideramos conveniente hacer referencia a aquellos principios y recomendaciones provenientes de la OMS y de la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en torno a los cuales se estructuran los principales programas de prevención en la actualidad.

“La carta de Ottawa” que define la promoción de la salud como *“El proceso que permite que las personas ejerzan control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud”*; identificando cinco estrategias claves que han constituido la columna vertebral de la práctica y el desarrollo de la política de promoción de la salud.

- Creación de una política saludable.
- Creación de entornos que apoyen la salud.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades personales.
- Reorientación de los servicios sanitarios.

Las propuestas de consenso en la prevención de las drogodependencias de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

1. Revisar el significado y alcance de las campañas dirigidas a la población general.
2. Procurar el desarrollo planificado y programado de las acciones preventivas.
3. Promover la aplicación de estrategias globales.
4. Buscar una mayor exigencia metodológica.
5. Anticipar las edades de los destinatarios de los programas de prevención y promover la participación de la familia.
6. Simultanear la prevención secundaria y la reducción de daños.
7. Priorizar las poblaciones de alto riesgo.
8. Propiciar la intervención comunitaria.
9. Incrementar la transferencia de metodología y difundir las mejores prácticas.
10. Acometer con decisión la investigación preventiva.

7.2. CARACTERÍSTICAS DE LA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN EL NUEVO PLAN DE ADICCIONES

Desde el Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid y en la búsqueda de acciones cada vez más eficaces, se trabaja en la definición y aplicación de un Modelo de Intervención Preventiva con una serie de características que son:

- **Integral.**
- **Global.**
- **Intersectorial.**
- **Longitudinal.**
- **Transversal.**
- **Adaptada.**
- **Basada en la evidencia científica.**
- **Evaluada.**

7.2.1 NIVELES DE PREVENCIÓN EN ADICCIONES

Los distintos “tipos de programas y actuaciones preventivas” conllevan las especificidades necesarias para adecuarse a los distintos niveles de riesgo y vulnerabilidad del grupo destinatario. Así se justifica la aplicación y el desarrollo de distintos programas de prevención Universal, Selectiva e Indicada diferenciados en su aplicación, en su metodología y en sus objetivos.

1. *Prevención Universal:* dirigida a toda la población sin distinción.
2. *Prevención Selectiva:* dirigida a un subgrupo de la población que tiene un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.

Objetivos:

- Disminuir la incidencia de las adicciones.
- Detección precoz de conductas de riesgo para la salud relacionadas con las adicciones.
- Evaluar nivel de conocimientos respecto al consumo de drogas y adicciones sociales.
- Proporcionar información sobre sustancias y adicciones sociales.
- Potenciar factores de protección y eliminar factores de riesgo relacionados con las adicciones.

Metodología:

- Talleres de educación para la salud en centros educativos.

3. *Prevención Indicada:* dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, consumidores o que tienen problemas de conducta relacionados con el consumo. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Objetivos:

- Reducción del consumo.
- Reducción del daño relacionado al consumo.
- Motivación para el cambio.

Metodología:

- Seguimiento de sanciones administrativas.
- Intervención individual y grupal de EPS.

8. FUNCIONES DE ENFERMERÍA

FUNCIÓN ASISTENCIAL

La función asistencial define la prestación directa de los cuidados tanto a personas sanas como a enfermas para conservar o recuperar la salud. Esta función comprende actividades propias y compartidas que se pueden desarrollar en el área individual con sus tres dimensiones (fisiológica, psicológica, sociocultural), y en el área comunitaria.

1. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

1.1. OBTENCIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.

- Informar al usuario de la técnica que se va a realizar y obtener su consentimiento.
- Registrar el test realizado en la historia del paciente.

a) Orina.

1. Test de embarazo.
2. Test de detección de sustancias.
3. Tira reactiva en orina.
4. Recogida para análisis en laboratorio.

• **Objetivos:**

- Monitorizar la abstinencia a drogas durante el tratamiento.
- Terapéutico: en ningún caso el resultados del análisis toxicológico de orina será objeto de sanción para el paciente.
- Confirmar el consumo de opiáceos antes de iniciar el tratamiento con metadona, control de la abstinencia durante el mismo y, en los casos en que no hay toma presencial del fármaco en el centro, para comprobar si el paciente lo toma.
- Documentar la abstinencia mantenida para el acceso a recursos terapéuticos que así lo requieran (grupos terapéuticos, pisos de apoyo al tratamiento, aula de terapia ocupacional, etc.) , y en aquellos casos que, por sanciones administrativas o sentencias judiciales, sea necesario.
- Emplear como herramienta objetiva de control de la abstinencia para facilitar la mejoría de las relaciones del paciente con su entorno.
- Confirmar o descartar embarazo.

Protocolo de intervención de enfermería

- Observaciones:

La obtención de muestras no será directamente supervisada. (Artículo 18.1 de la Constitución) Las muestras podrán ser analizadas en el centro mediante tiras reactivas o enviadas a laboratorio municipal.

b) Sangre.

1. Extracción para su análisis en Laboratorio Municipal.
2. Realización de glucemia mediante tira reactiva.

- Objetivos:

- Valorar el estado general de salud.
- Detectar alteraciones de la función hepática en pacientes que inician tratamiento así como control en aquellos a los que se prescriba fármacos que puedan alterarla.
- Detectar enfermedades infecto contagiosas mediante serologías específicas (VIH, VHA, VHB, VHC, Treponema P. IgG/IgM....).
- Identificar parámetros alterados como parte de la valoración de enfermería.

- Observaciones:

Las extracciones de muestras se hacen en el laboratorio municipal o en los CAD cuando se trata de colectivos con especial dificultad para acceder al laboratorio.

c) Esputos.

- Objetivos:

- Cribar casos de enfermedad tuberculosa.
- Excluir de recursos convivenciales a aquellos casos con enfermedad tuberculosa activa.

d) Aire expirado (alcoholimetría).

- Objetivos:

- Ser herramienta de apoyo durante la desintoxicación, deshabituación y mantenimiento de la abstinencia.
- Documentar la abstinencia mantenida, para el acceso a recursos terapéuticos, que así lo requieran (grupos terapéuticos, pisos de apoyo al tratamiento, aula de terapia ocupacional, etc.).

1.2. CONSTANTES VITALES.

1. T.A.
2. F.C.
3. Sat.O₂

- Objetivos:

- Identificar parámetros fuera de la normalidad a trabajar con educación para la salud.
- Seguimiento de pacientes en tratamiento con fármacos cuyos efectos secundarios produzcan alteraciones de estos parámetros.
- Determinar situaciones de urgencia o emergencia.

1.3. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.

1. Peso.
2. Talla.
3. IMC: índice de masa corporal (o índice de Quetelet).
 - Objetivos:

- Detectar alteraciones del patrón de alimentación en los pacientes.
- Determinar parámetros alterados a trabajar con educación para la salud.
- Seguimiento de pacientes tratados con complementos nutricionales.

1.4. PRUEBA DE LA TUBERCULINA O REACCIÓN DE MANTOUX.

- Objetivos:

- Cribar casos de infección/enfermedad tuberculosa.
- Como especificidad de esta prueba, en el ámbito del Instituto de Adicciones de Madrid según el Protocolo de Tuberculosis vigente, destacamos la realización obligatoria, como máximo 3 meses, antes de la entrada en cualquier recurso de apoyo al tratamiento.
- Petición de Rx. de tórax, en casos de infección tuberculosa.

2. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.

2.1. ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.

En cada CAD se dispone de medicación suministrada a través de la Farmacia de Madrid Salud, para las personas que no tienen recursos económicos o aquellas que no disponen de Tarjeta de la Seguridad Social.

Procedimiento de dispensación de medicamentos en los centros:

- Cumplimentar por parte del médico la hoja de prescripción que se entregará al personal de enfermería y este a su vez le dará una copia al paciente (ANEXO 5).

- Los fármacos prescritos a cada paciente en tratamiento directamente observado, TDO, o directamente supervisado, TDS, se guardan independientemente para evitar posibles errores en su administración y facilitar su control.

- *TDO*. De fármacos orales en el CAD de lunes a viernes y, en algunos casos, complementando la administración de medicación de sábado, domingo y festivos en albergues o dispositivo móvil de metadona. Al igual que de fármacos parenterales pautados por el médico del CAD.

- *TDS*. El más habitual en el CAD. Según la situación o necesidad de cada **paciente** se pauta la toma y/o recogida de fármaco con distinta frecuencia (diaria, tres o dos veces en semana, semanal, etc.).

- Los fármacos se administran comprobando que es el paciente, fármaco, dosis y vía correctos. Siempre se registra la medicación administrada/entregada, tanto para su control como para valorar el grado de adherencia.

Protocolo de intervención de enfermería

- Se anotará en la HIE la inclusión del paciente en TDO/TDS, la pauta y el grado de adherencia.

- Los fármacos que con más frecuencia se usan en los CAD son:

- Agonistas opiáceos.
- Interdictores del alcohol.
- Antagonistas opiáceos.
- Antituberculosos.
- Quimioprofilaxis tuberculosa.
- Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA).
- Antipsicóticos.
- Benzodiazepinas.

➤ **TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS.**

Los programas de tratamiento incluyen, tanto la toma del fármaco prescrito, como el seguimiento del paciente por parte del equipo de tratamiento, como ya se ha mencionado, desde la perspectiva interdisciplinar.

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 heroína.

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 fármaco.

En el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, se utilizan los siguientes fármacos:

☞ *Hidrocloruro de metadona (Metadona)*: agonista opiáceo de vida media más larga que la heroína; permite el mantenimiento con la toma de una dosis diaria, aunque también dicha dosis puede dividirse en varias tomas.

☞ *Clorhidrato de buprenorfina/naloxona (Suboxone®)*: agonista/ antagonista mixto. Diseñado para proporcionar la misma eficacia y seguridad que la buprenorfina, pero con menor potencial para generar un uso indebido.

☞ *Naltrexona*: antagonista puro del receptor opioide de vida media larga.

a) Metadona

- *Presentación:*

- Solución de hidrocloruro de metadona al 1% diluida en agua.
- Comprimidos de hidrocloruro de metadona con diferentes dosificaciones.

- *Objetivos del tratamiento:*

Principal:

- Estabilización del paciente; abandono del estilo de vida ligado al consumo.

Secundarios:

- Evitar episodios de síndrome de abstinencia o sobredosis.
- Conseguir adherencia del paciente al tratamiento.

- *Metodología:*

- Valoración de la inclusión del paciente en este tipo de tratamiento por parte del equipo y consenso de dicha indicación con el interesado.

- Informar sobre la metadona como fármaco; acciones, interacciones y efectos secundarios, así como del programa y sus objetivos.
- 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.
- Intervención en educación para la salud respecto a la reducción del daño asociado al consumo.
 - Tratamiento de desintoxicación a opiáceos:
 - Inducción: aumento progresivo de la dosis de metadona hasta lograr abstinencia y estabilización.
 - Disminución gradual de la dosis metadona evitando sintomatología del síndrome de abstinencia.
 - Valoración del estado del paciente y solicitud de valoración médica para modificación de dosis.
 - Tratamiento de mantenimiento con metadona:
 - Inducción: aumento progresivo de la dosis de metadona hasta lograr la dosis que permita:
 - Prevención del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos (SAO) objetivo y subjetivo durante 24h.
 - Reducción o eliminación de la apetencia a la heroína.
 - Que no provoque sedación ni euforia.
 - Apoyo en el seguimiento hasta la estabilización de la dosis.
 - Seguimiento de otros tratamientos farmacológicos que puedan interferir con la dosis de metadona.
 - Evaluar signos de intoxicación por otras sustancias y en su caso solicitar valoración médica.
 - Tratamiento con metadona con el objetivo de reducción del daño:
 - No se plantea la abstinencia como objetivo principal, sí la reducción del consumo.
 - Minimización de los riesgos asociados al mismo.
 - Favorecer la adherencia al tratamiento.
- *Pautas de recogida y puntos de dispensación.*

Tras lograr la estabilización, y a lo largo del tratamiento, se consensúa con el paciente la pauta de recogida de las dosis de metadona, dependiendo de su situación física y social. En todos los casos puede existir la figura de un responsable que recoja las dosis en vez del paciente. La toma de metadona suele pautarse en dosis única cada 24h, pero en circunstancias especiales puede ser fraccionada: embarazo, metabolizadores rápidos o toma de fármacos que modifican el metabolismo de la metadona.

Cuando un paciente por vacaciones, viajes, etc., necesita retirar más de 10 dosis y menos de 30 de una sola vez, se conceptúan como extradosis. Deben ser solicitadas por el médico responsable del paciente a la Unidad de Farmacia, siendo necesaria siempre la autorización del Servicio de Asistencia del Instituto de Adicciones. Para estas dosis se utiliza la presentación de clorhidrato de metadona en comprimidos. No se dan más de 10 dosis en forma líquida para evitar su deterioro.

- **In situ:**
En el CAD con frecuencia de toma/recogida diaria, 2 ó 3 veces a la semana o semanal.
- **Unidad móvil:**
Vehículo adaptado para la dispensación de metadona. Es necesario solicitar plaza a través de la Unidad de Farmacia. Hay distintas rutas y paradas con sus horarios respectivos.
- **Oficina de farmacia:**
Hay numerosas farmacias concertadas distribuidas por toda la Ciudad de Madrid. A ellas se derivan a pacientes estabilizados a nivel farmacológico y psicosocial para tomar/recoger sus dosis. Facilitan la recogida al paciente tanto por la cercanía a su domicilio o lugar de trabajo como por la amplitud de sus horarios.
- **Viajar con Metadona al extranjero.**
 - Derivar al paciente a su médico para que este solicite el permiso a la Agencia Española del Medicamento el “certificado para el transporte de estupefacientes y psicótropos en el marco de un tratamiento médico”.
 - Para evitar los problemas de conservación, se utiliza la presentación en comprimidos del clorhidrato de metadona.
 - Comprobar con el paciente la dosis/día correcta.
 - Comprobar que el paciente ha entendido indicaciones.

b) Buprenorfina + Naloxona.

- **Presentación:**
 - **SUBOXONE® Comp. 2 mg/0,5 mg.** Cada comprimido contiene: buprenorfina hidroclicloruro, 2.0 mg; naloxona hidroclicloruro, 0.5 mg.
 - **SUBOXONE® Comp. 8 mg/2 mg.** Cada comprimido contiene: buprenorfina hidroclicloruro, 8.0 mg; naloxona hidroclicloruro, 2.0 mg.
- **Vía de administración:** sublingual.
- **Objetivo:**
 - Estabilización del paciente; abandono del estilo de vida ligado al consumo.
- **Metodología:**

Enfermería informa al paciente de los requisitos para comenzar el tratamiento:

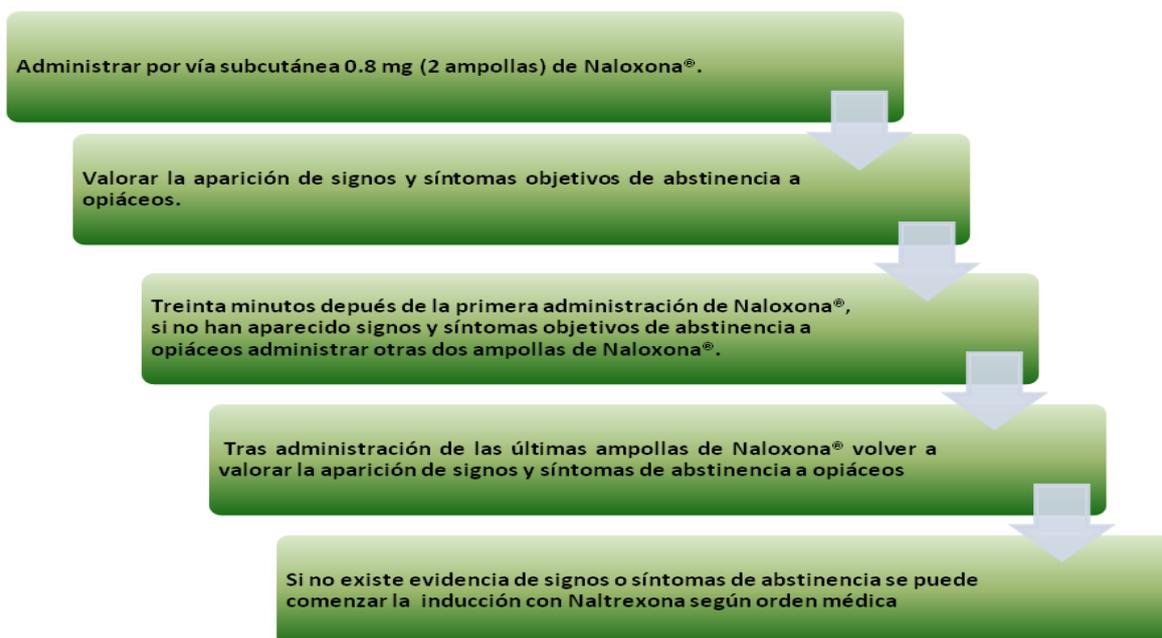
- El último consumo de heroína debe ser, como mínimo, 20 horas antes de la primera toma del fármaco.
- Si se trata de cambiar la toma de metadona por la de Suboxone, la última toma de metadona debe realizarse 36 horas antes del inicio de la toma del mismo. La dosis máxima aceptable para cambio de fármaco es de 30 mg/día de metadona.
 - Inducción.
- Antes de iniciar el tratamiento el paciente debe presentar signos/síntomas del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos, SAO.
- Si no existe SAO: se espera a que aparezca.
- Si existe SAO:
 - Se administra la dosis pautada de buprenorfina/naloxona vía sublingual.
 - Toma presencial.
 - Valoración del estado del paciente a los 45 minutos de la toma.

Protocolo de intervención de enfermería

- Si el paciente se encuentra bien, cita con enfermería al día siguiente para valoración.
 - Si el paciente refiere cierta mejoría pero persisten signos/síntomas de SAO, se aumenta la dosis según criterio facultativo y se valora a los 45 minutos, si está asintomático, volverá al día siguiente.
 - o Estabilización.
- Vigilar la aparición de SAO y/o de efectos secundarios hasta la estabilización de dosis.
- o Mantenimiento.
- Seguimiento de otros tratamientos farmacológicos que puedan interferir la dosis.
 - Evaluar signos de intoxicación por otras sustancias y en su caso solicitar valoración médica.
 - La dispensación en farmacia de este fármaco requiere el sello de la inspección médica por lo que, tras ser prescrito por el médico del CAD, el paciente debe ser remitido al psiquiatra de zona que le corresponda para que emita informe favorable al respecto con el fin de que la recetas sean selladas.

c) Mantenimiento con antagonistas opioides (Naltrexona).

- Confirmar abstinencia a opiáceos mediante test de detección rápida en orina. El paciente debe mantener un periodo de abstinencia, como mínimo de 72 horas en los casos de los opiáceos de vida media corta (heroína) y 5 días para los opiáceos de vida media larga (metadona, buprenorfina, etc.).
- Realizar test de Naloxona® con el fin de verificar que el paciente está libre de opiáceos:



- Valorar la posible aparición de efectos secundarios; los más comunes son las molestias digestivas y la ansiedad.

➤ TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL ALCOHOL.

Los interdictores o aversivos del alcohol son fármacos que se emplean en el tratamiento de la dependencia a alcohol una vez realizada la desintoxicación de la sustancia. La prescripción de este tipo de fármacos se basa siempre en el consenso con el paciente y tiene como objetivo la deshabitación alcohólica y consolidación de la abstinencia.

- *Presentación:*

- Antabus® (Disulfiram).
- Colme® (Cianamida cálcica).

- *Objetivo:*

- Deshabitación alcohólica.
- Consolidación de la abstinencia.

- *Metodología:*

1. Informar al paciente de que la ingesta de alcohol puede provocar en pocos minutos una reacción generalizada potencialmente muy grave.

2. El paciente firmará un contrato terapéutico donde consta que ha sido advertido de que debe evitar el alcohol en todas sus formas, así como los productos que lo puedan contener: salsas, vinagre de vino, comidas cocinadas con bebidas alcohólicas, bombones de licor, medicamentos líquidos que pueden incluir alcohol como disolvente (preparados para la tos, gotas, sprays, líquidos para masajes...) y cosméticos (desodorantes, lociones para después del afeitado, colonias...).

3. Explicar que tras la finalización del tratamiento farmacológico el efecto se prolonga.

4. Se informa al paciente de que antes de iniciar un tratamiento con otros medicamentos o antes de cualquier otra atención médica, deberá comunicar que está tomando este fármaco, por lo que es conveniente que lleve siempre el carné acreditativo de estar en tratamiento.

5. Informar a las mujeres en edad fértil de que no existe evidencia científica sobre los posibles efectos secundarios en el feto. Se debe confirmar que la mujer no está embarazada y asesorar sobre el uso de anticonceptivos o si fuera necesario derivarla a planificación familiar para evitar el embarazo durante el tratamiento.

- *Inducción:*

- Realizar test de alcohol en aire espirado. En el caso de resultado positivo, el inicio del tratamiento debe posponerse hasta que sea negativo.
- Si así se valora, inclusión en TDO/TDS de fármacos interdictores.
- Explicar posibles efectos indeseables de la medicación.

- *Mantenimiento:*

- Solucionar dudas respecto al fármaco que le puedan surgir a lo largo del tratamiento.
- Valorar evolución y adherencia al tratamiento.

➤ **TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A OTRAS SUSTANCIAS.**

Enfermería también interviene en el tratamiento de la adicción a otras sustancias, como cánnabis, cocaína, benzodiazepinas, hipnóticos, sedantes, drogas de diseño y otras sustancias adictivas.

No existiendo hasta el momento, un tratamiento farmacológico que se haya demostrado eficaz. La intervención de enfermería deberá ser individualizada centrándose en el manejo clínico de los síntomas, educación para la salud, adherencia al tratamiento y prevención de recaídas.

2.2. PROFILAXIS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

- Inmunización activa bajo prescripción médica, protocolo y/o campaña.
- Informar al paciente sobre el procedimiento: objetivo de la vacunación, administración y posibles efectos adversos, así como conducta a seguir en caso de presentar alguno.
- Registro de la vacuna puesta en web de SISPAL (Registro de Salud Pública de la CM, Salud Madrid) y en la historia clínica.
 - VHB.
 - VHA.
 - Tétanos/difteria.
 - Tétanos.
 - Gripe.
 - Neumococo.

2.3. CURAS.

Las curas que se realizan en el CAD son básicas, ya sean dentro de un contexto de una urgencia o para atender la demanda de la población. Esto incluye profilaxis antitetánica.

2.4. COUNSELING.

- Información sobre estilos de vida e identificar conductas que se han de adoptar, modificar o bien abandonar.
- Motivación al cambio mediante información veraz, clara y adaptada a la persona y su situación.
- Facilitar el cambio cuando se ha tomado la decisión.
- Facilitar el mantenimiento de los nuevos estilos de vida adoptados o modificados.
- Reforzar hábitos positivos y los modificados para su mantenimiento.
- Asesoramiento sobre recursos sociosanitarios.
 - Individual.
 - Grupal.

2.5. ATENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA.

Asistencia en las situaciones de emergencia, de acuerdo con los protocolos de emergencia de Madrid Salud.

3. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Según la Carta de Ottawa (1986), el objetivo de la promoción de la salud es *“Promover y favorecer el desarrollo de hábitos saludables, mediante intervenciones a nivel individual y grupal, encaminados a adquirir la mayor calidad de vida posible”*.

3.1. INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD, EPS.

- Utilización de técnicas de EPS mediante intervenciones individuales o grupales para promover cambios en aquellas áreas que estén alteradas.
- Fomento del auto-cuidado, la autoestima, las habilidades sociales.
- Fomento de la vida saludable en general.

• **Salud-enfermedad:**

Transmitir la importancia que tienen las conductas de la persona en la adopción de cambios para lograr estilos de vida saludables.

• **Sustancias de abuso:**

Incrementar los conocimientos en relación con el consumo, el abuso y la dependencia de sustancias y sobre el efecto de éstas en el organismo, en función de sus características y sus vías de administración.

• **Sexualidad:**

Fomentar la salud afectivo-sexual y la adopción de conductas sexuales saludables. Aumentar los conocimientos sobre sexualidad general, haciendo hincapié en las conductas sexuales de riesgo y su relación con las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

- *Prevención de ITS.*

Aumentar el conocimiento respecto a cómo las enfermedades de transmisión sexual (ITS) pueden afectar a la salud de una persona y a su vida sexual, favoreciendo una actitud preventiva dichas infecciones.

- *Sexo más seguro.*

Aumentar el conocimiento acerca de diferentes formas de vivir la sexualidad, aportando un modelo amplio que sirva para cuestionar algunos de los mitos sexuales existentes.

- *Anticonceptivos.*

Destacar la utilidad del uso del preservativo como método de prevención, entrenar en su uso correcto y conocer los métodos anticonceptivos disponibles.

- *Sexualidad y drogas.*

Aumentar el conocimiento respecto a los efectos de las drogas tanto sobre la respuesta sexual como en la planificación de los encuentros.

- **Nutrición/Ejercicio:**

Aportar información adecuada sobre nutrición y estilo de vida y su relación con el bienestar físico y psíquico del individuo.

- **Higiene:**

Clarificar conceptos sobre higiene y sueño. Concienciar sobre la importancia de incorporar y/o mejorar los hábitos de higiene para incrementar la salud y el bienestar.

- *General.*
- *Bucal.*
- *Del sueño.*

- **Primeros auxilios:**

Aumentar los conocimientos sobre primeros auxilios en situaciones de emergencia. Entrenar a los sujetos en reanimación cardiopulmonar.

3.2 REDUCCIÓN DEL DAÑO.

- **Intervención.**

- **Objetivos:**

- Fomentar conductas de consumo de menos riesgo.
- Fomentar conductas que reduzcan el daño producido por el consumo de sustancias.
- Fomentar la adherencia al tratamiento.

- **Metodología:**

- Grupos de Educación para la Salud , entre otros, los siguientes: “Talleres de Consumo de Menos Riesgo”, “Talleres de detección y actuación frente a una sobredosis” y “Talleres de Sexo Más Seguro”.
- Counselling.

- **Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ).**

Los programas de intercambio de jeringuillas se encuadran dentro de los programas de reducción del riesgo. Aceptando el hecho de que una persona decide no abandonar el consumo por vía intravenosa, se busca disminuir la morbilidad y mortalidad asociada al mismo.

- **Objetivos:**

El principal objetivo de este programa es el de prevenir la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea y, en definitiva, facilitar a los consumidores de drogas por vía intravenosa la ayuda necesaria para mejorar su estado de salud y sus condiciones de vida.

Otros objetivos son:

- Reducir el uso compartido de jeringuillas y otros utensilios necesarios para el consumo de drogas mediante la utilización siempre de material nuevo o limpio.
- Reducir el número de jeringuillas abandonadas evitando su posible reutilización y que sean un riesgo potencial para terceras personas.
- Reducir la transmisión sexual y vertical del VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea (VHB, VHC).
- Reducir los riesgos para la salud de la inyección con material sucio o contaminado (abscesos, sepsis, etc.).
- Acercar a estas personas a los servicios socio-sanitarios existentes, en especial a aquellas personas que viven en una situación de mayor marginalidad y exclusión social.

○ Metodología:

Las actividades que se realizan dentro de este programa son:

- Distribución gratuita de material preventivo (jeringuillas, etc.) e informativo (folletos...).
- Información sobre la Infección por VIH, prácticas de riesgo y prevención en cada una de ellas, prueba de anticuerpos, reducción de riesgos, etc. Así como sobre otras enfermedades asociadas.
- Información, asesoramiento y tramitación de recursos sociales y/o económicos y derivación a otros servicios socio-sanitarios.
- Seguimiento de los casos.

- **Entrega de preservativos.**

○ Objetivos:

- Evitar los embarazos no deseados y otras ITS promocionando la utilización del preservativo en las relaciones sexuales.
- Informar de las prácticas sexuales de riesgo y conductas de prevención aplicables en cada una de ellas.
- Acercar a estas personas a los servicios socio-sanitarios existentes, en especial a aquellas personas que viven en una situación de mayor marginalidad y exclusión social.

○ Metodología:

Distribución gratuita de material preventivo (preservativos, etc.) e informativo (folletos...).

4. SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN DEL PROCESO TERAPEUTICO: Profesional de Referencia.

Como ya se expuso, el Equipo de Tratamiento que se asigna a cada paciente está formado por un médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social y enfermero. Uno de ellos asume el papel de Profesional de Referencia, cuya función incluye la citada supervisión, coordinación en caso de derivación del paciente a otro recurso y la elaboración de informes.

FUNCIÓN ADMINISTRATIVA/GESTORA.

La función administrativa consiste en la capacidad de organizar y planear los recursos de una organización, esta se realizará actuando conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados. Es una actividad que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes.

Por tanto, el propósito de la labor administrativa será lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y recursos (materiales, económicos, humanos...) pero siempre de forma compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.

La función gestora es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito; en cuyo resultado influye la utilización de los recursos.

1. COORDINACIÓN O DERIVACIÓN A RECURSOS SANITARIOS.

Los enfermeros realizan funciones de coordinación tanto como PR, como relacionadas específicamente con su área profesional tales como la coordinación/derivación a otros profesionales sanitarios, recursos o niveles de atención.

En este punto es importante mencionar la información respecto a los diferentes servicios sanitarios y recursos ofertados por el Ayuntamiento de Madrid a los que los pacientes pueden tener acceso aunque no dispongan de la tarjeta sanitaria de la Seguridad Social.

Tanto si la coordinación se hace verbalmente como por escrito, siempre deben cumplirse los criterios legales de confidencialidad, y por tanto, la Ley de Protección de Datos, lo que incluye el uso de una clave identificativa RAD, Registro Acumulado de Drogodependientes, en vez de nombre y apellidos.

Para colaborar en la sostenibilidad medioambiental, en el Instituto de Adicciones se da prioridad al uso del correo electrónico y escaneado de documentos.

A continuación se citan los diferentes recursos con los que los enfermeros realizan coordinaciones habitualmente.

➤ **RECURSOS PROPIOS** dependientes del Servicio de Asistencia, Departamentos de Reinserción y Prevención.

- **ASISTENCIA:** Todos los CAD (Latina, Villaverde, Vallecas, San Blas, Tetuán, Arganzuela y Hortaleza) y CCAD. Para derivación de pacientes inter CAD;
- Recursos de estancia en régimen cerrado para ingresos, altas y coordinación para el seguimiento y tratamiento de los pacientes: Unidad de Desintoxicación de Alcohol, Unidad de Patología Dual y Centro de día de Patología Dual. Recurso específico terapéutico convivencial para menores de 25 años.

Protocolo de intervención de enfermería

- Piso de apoyo al tratamiento para personas en riesgo de exclusión social (sin hogar).
- Piso de apoyo al tratamiento Caritas.
- Unidad de Farmacia para control y peticiones de Hidrocloruro de Metadona y Metasedín, coordinación con las unidades móviles de dispensación de metadona.
- ITSMO (para la solicitud, si fuera necesaria de un mediador y/o traductor para trabajar con el colectivo de drogodependientes inmigrantes).
- CABS. Centro de Atención Básica Socio Sanitaria en referencia al colectivo de drogodependientes sin hogar.
- MADROÑO (dispositivo móvil para la reducción del daño y atención socio sanitaria básica en proximidad). Coordinación para la derivación de pacientes entre este dispositivo y los CAD.
- **REINSERCIÓN:** Todos los recursos de apoyo al tratamiento y la reinserción. Para Informes, fechas de ingreso, citas programadas para salidas y seguimiento en CAD...etc.
- Pisos de apoyo a la reinserción y/o autogestión, siendo específico el de reinserción para Patología Dual.
- Centros de día.
- SAJIAD, Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información Al Detenido y a su familia. Coordinación en casos de drogodependientes en tratamiento en la red detenidos y/o con causas judiciales pendientes.
- SOL, Servicio de Orientación Laboral.
- Tratamiento Odontológico. Derivación de pacientes que necesitan mejorar la salud bucodental y la imagen física para minimizar la estigmatización del drogodependiente y facilitar la integración social y laboral de este colectivo.
- **PREVENCIÓN:** Coordinación con PAD y los Educadores Sociales asignados a los distritos, dentro del Programa de Adolescentes y Jóvenes.

➤ **RECURSOS DE MADRID SALUD.**

- Unidad técnica de Laboratorio de análisis clínicos (derivación para realización de análisis sanguíneos, de orina, realización de PPD y determinaciones toxicológicas).
- Centros Madrid Salud, distribuidos en 16 distritos (derivación para reconocimientos médicos y ginecológicos, vacunación, jóvenes y adolescentes desde 20 años, inclusión en programas marco...).
- Centros monográficos de salud:
 - Centro Madrid Salud Joven que atiende a población menor de 21 años para atención sexual y reproductiva (Sexología y ginecología en la adolescencia, Anticoncepción, test de embarazo, anticoncepción de urgencia, educación maternal y preparación al parto en adolescentes, información sobre I.V.E. y atención post-IVE), Consejo sobre VIH (en éste caso se atiende población hasta 24 años) e ITS. Pruebas de VIH o test rápido si procede. Detección y apoyo a las situaciones de violencia de género. Salud mental, escuela de orientación familiar, etc.

- Sección de diagnóstico por imagen (petición de radiografías dentro del programa de tuberculosis).
- Sección monográfica de salud internacional (derivación de pacientes que planean viajar a zonas de riesgo).
- Sección de especialidades médicas (dermatología, endocrinología, urología, etc.).
- Sección de deterioro cognitivo para valoración de pacientes abstinentes estabilizados, mayores de 65.

➤ **OTROS RECURSOS DEL AYUNTAMIENTO.**

- SAMUR/PROTECCIÓN CIVIL, en casos de emergencias que se produzcan en los CAD.
- SAMUR SOCIAL, coordinación con todos centros de la red municipal. (albergues y centros de día) para drogodependientes sin hogar y/o en casos de emergencia social.

➤ **RECURSOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**

- Unidad de Desintoxicación Alcohólica del hospital Rodríguez Lafora.
- Unidad móvil de dispensación de metadona de la AGAD, a ella se derivan los pacientes que salen de prisión como paso previo al ingreso en los CAD.
- CAIC, Centro de Asistencia Integral al Cocainómano.
- Unidades de desintoxicación hospitalaria y de ludopatía del Servicio Madrileño Salud.
- CAID, Centros de Atención Integral al Drogodependiente, recurso hospitalario de tratamiento en régimen cerrado.
- Recursos de estancia en régimen cerrado pertenecientes a la Agencia Antidroga.
- Oficinas de Farmacia:
 - Dispensadoras de Metadona: para derivaciones, notificaciones y pautas de pacientes en Tratamiento con Sustitutivos Opiáceos.
 - Otras: en las que por cercanía, se envía a los pacientes adscritos a TDO/TDS con las recetas para facilitar la recogida y entrega de los medicamentos pautados desde el CAD.
- Hospitales.
- Centros de Atención Primaria.
- Centros de Salud Mental.

➤ **RECURSOS DE OTRAS COMUNIDADES Y UE.**

- Centros de atención a drogodependientes de otras localidades españolas.
- Coordinación con centros de tratamiento de otros países pertenecientes a la UE para derivación de pacientes.

2. GESTIÓN DE MATERIAL SANITARIO.

Control y supervisión del material fungible y no fungible, incluyendo las condiciones de temperatura y seguridad exigidas por la normativa de CM y siguiendo las recomendaciones dadas desde el Servicio de Farmacia de Madrid Salud.

- **Pedidos/Inventarios:**

Realizar semestralmente y comunicar al servicio de asistencia el inventario de fármacos y fungibles para optimizar el rendimiento de la inversión presupuestaria.

Con el mismo objetivo, anualmente se realiza una estimación de los fármacos, fungibles, preservativos y tiras reactivas de detección de tóxicos en orina.

- **Fármacos CAD:**

- Tras la recepción de cada pedido se comprueba que coincide tanto con lo descrito en el albarán de entrega como en el pedido realizado.
- Se comprueba la fecha de caducidad de cada fármaco y se rotula de forma muy visible en el envase.
- Se almacenan colocando de forma más accesible los de caducidad más cercana, y todos bajo llave.
- Mensualmente se realiza el control de stock.
- Registro bimensual de productos caducados para su retirada y eliminación.
 - *Medicación Caducada*; aquella especialidad cuya fecha de caducidad es igual o inferior a 2 meses desde la fecha de la revisión en proceso.
 - *Fungible Sanitario Caducado*; aquel fungible cuya fecha de caducidad es igual a la fecha de revisión en proceso.
- Registro y envío de la hoja "revisión Bimensual de productos farmacéuticos" (ANEXO 6).

- **Temperatura.**

Registro diario de Temperatura máxima y mínima en la grafica (ANEXO 7) del Almacén de medicación y Fungible sanitario, con el fin de garantizar la calidad de los productos siendo la temperatura idónea almacén: menor o igual a 30°C, salvo en aquellos almacenes que contengan productos cuya ficha técnica haga mención a Tª Máx. específica determinada.

En caso de desviación de la temperatura idónea, seguir Instrucción de Procedimiento de Actuación ante Rotura Térmica (ANEXO 8).

- **Vacunas:**

- Petición al Servicio de Prevención de la CM según necesidades y campaña.
- Recepción y verificación de la cadena de frío.
- Control de fechas de caducidad.
- Registro de temperatura de nevera.

- **Revisión de materiales:**

Supervisar la conservación y buen estado del material sanitario, instrumental y aparatos clínicos: revisión del maletín de emergencias, bombonas O2, desfibrilador semiautomático y pulxiosímetro.

Según la normativa de la CM, BOCM del 28 de febrero de 2008, pág. 14: se obliga a los proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento ("centros sanitarios en los que se prestan servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por profesionales sanitarios a pacientes que no precisan ingreso") a disponer de un equipamiento básico de reanimación cardiopulmonar. Por lo que es necesario contar

con un equipamiento mínimo de urgencias, con el fin de poder iniciar la atención de los usuarios hasta la llegada de los servicios de urgencia extrahospitalarios.

El equipo deberá ser revisado tras su uso y con periodicidad mensual (se utilice o no). Esta revisión mensual implicará el control de las fechas de caducidad de los diferentes componentes del equipo y el perfecto orden del mismo, quedando reflejada en la tabla elaborada a tal efecto (ANEXO 9).

- **Residuos:**

Procedimiento de gestión de residuos bio-sanitarios según Decreto 83/99 [\[ANEXO 10\]](#) siguiendo las recomendaciones.

(<http://ayre.munimadrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/GestionEvaluacionYCalidad/Sistema%20de%20Gestion%20Ambiental/Ficheros/PE01%20RBS%20GESTION%20DE%20RESIDUOS%20CMS%20MONOGRAFICOS%20CAD.pdf>)

(<http://ayre.munimadrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/GestionEvaluacionYCalidad/Sistema%20de%20Gestion%20Ambiental/Ficheros/PE02RBSCPA.pdf>)

FUNCIÓN DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN.

1. DOCENCIA.

La enfermería desarrolla su rol docente, siendo los receptores de esta los pacientes, otros profesionales enfermeros como parte de su formación continuada, los profesionales de nueva incorporación y los estudiantes de enfermería. El estilo de trabajo interdisciplinar del IA implica también la colaboración del enfermero en la formación específica en adicciones de otros profesionales.

En este sentido, es parte del trabajo de algunos enfermeros la coordinación de cursos de formación, así como la impartición de la parte correspondiente a enfermería de los mismos.

El desarrollo óptimo de esta función requiere el conocimiento de los elementos pedagógicos básicos para la enseñanza individual o grupal y para el diseño de programas de formación.

2. INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIONES.

La enfermería cuenta con un cuerpo de conocimientos propio que, como cualquier disciplina científica, ha desarrollado y afianzado gracias a la investigación. Entre los objetivos de la investigación enfermera se incluyen los siguientes:

- Desarrollar nuevas técnicas y/o aplicaciones novedosas de las ya existentes.
- Ampliar y profundizar las bases teóricas y prácticas del desempeño.
- Realizar estudios epidemiológicos, sociales y tecnológicos con el fin de promover la eficiencia y mejora de los servicios prestados a la comunidad.
 - Buscar por medio de la experimentación la solución a problemas y situaciones que surgen en la aplicación de cuidados.
 - Difundir y aplicar los resultados de la investigación a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.
 - Ampliar el cuerpo doctrinal propio.

3. PARTICIPACIÓN EN LOS PROCESOS DE CALIDAD Y DE MEJORA CONTINUA.

En el instituto de Adicciones la enfermería desarrolla esta función mediante su participación en los siguientes ámbitos:

- **Comité de formación.**

Este comité tiene como función establecer los planes de formación asociados a las competencias profesionales necesarias para el desempeño excelente de las tareas propias de cada profesional en el Instituto de Adicciones.

- **Grupos de mejora:**

Multidisciplinares. Se crean con un objetivo y duración predeterminados. Entre otros, enfermería ha participado en:

- Protocolo de Cannabis.
- Programa de Educación para la salud.
- Programa de Metadona.
- Gestión por procesos.
- Mujer y adicción.

➤ *Grupo de mejora de enfermería.* Se puso en marcha con el fin de homogeneizar el trabajo enfermero en los siete CAD propios del Instituto de Adicciones. En las sesiones cada CAD es representado por un enfermero que, según se acuerde en el centro, puede ser siempre el mismo o ser rotatorio. El primer proyecto realizado fue el diseño de la historia clínica de enfermería. El presente documento, es otro de sus logros.

The background features a vertical split. The left side is composed of several overlapping, curved shapes in various shades of blue, ranging from light to vibrant. The right side is composed of overlapping, curved shapes in various shades of grey, ranging from light to dark. The word "Anexos" is centered in the white space between the blue and grey areas.

Anexos

ANEXO 1: HISTORIA INFORMÁTICA DE ENFERMERÍA.

Instituto de Adicciones (v3.35.0) - Windows Internet Explorer

madridsalud
Sistema Unificado Para Registro Adicciones MADRID

Instituto de Adicciones

LATINA viernes, 28 de febrero de 2014

[Reducción del daño](#)
[Salud](#)
[Vacunación](#)
[Higiene](#)
[Nutrición-Eliminación](#)
[Ejercicio-Descanso](#)
[Perceptivo](#)

[Sexualidad](#)
[EPS](#)
[Tuberculosis](#)
[Analíticas](#)
[Trat. Farmacológico](#)
[Resumen](#)

Datos paciente

Clave RAD: Centro:

Nº Historia: Prof. Ref.:

Fecha alta: Dt./Barrio:

Historial de enfermería

Enfermero: F. Revisión: 13/02/2013 [Histórico](#)

Intervenciones sobre sustancias consumidas

Sustancia consumo	Via administración	Interv. abiertas	Interv. cerradas	Total intervenciones
Cocaína y derivados	Intranasal o esnifada	1	0	1
Cánnabis	Pulmonar o fumada	1	0	1
Alcohol	Oral	1	0	1

Valoración

Valoración	Val. inicial	Fecha val. inicial	Val. final	Fecha val. final	Diferencia
Consecuencias consumo	Valorar	30%	13/02/13	Valorar	
Conducta control consumo	Valorar	0%	13/02/13	Valorar	

Observaciones:

Listo Intranet local 100%

ANEXO 2: CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA.

Fue aprobado por el Pleno del Consejo General de Enfermería mediante la Resolución nº 32/89, cuyo texto, actualizado y corregido, se recoge a su vez en la Resolución nº 2/98 del citado Pleno.

CAPÍTULO II.

LA ENFERMERÍA Y EL SER HUMANO, DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS.

Artículo 4

La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la Enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Artículo 8

Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas o psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

CAPÍTULO V.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL.

Artículo 31

El personal de Enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud, poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.

Artículo 32

Los proyectos y programas de promoción de la salud, han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.

Artículo 33

El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social el derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.

Artículo 34

En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de la justicia social de dar más al más necesitado. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo.

ANEXO 3: ESCALAS Y TEST

1. FÓRMULA PARA CALCULAR EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (Mts.)}}$$

Peso [Kilograms]

	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82.5	85	87.5	90
145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8	37.9	39.1	40.2	41.4
150.0	20.0	21.1	22.2	23.3	24.4	25.6	26.7	27.8	28.9	30.0	31.1	32.2	33.3	34.4	35.6	36.7	37.8	38.9	40.0
152.5	19.3	20.4	21.5	22.6	23.6	24.7	25.8	26.9	27.9	29.0	30.1	31.2	32.2	33.3	34.4	35.5	36.5	37.6	38.7
155.0	18.7	19.8	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.1	30.2	31.2	32.3	33.3	34.3	35.4	36.4	37.5
157.5	18.1	19.1	20.2	21.2	22.2	23.2	24.3	25.2	26.2	27.2	28.2	29.2	30.2	31.2	32.2	33.3	34.3	35.3	36.3
160.0	17.6	18.6	19.5	20.5	21.5	22.5	23.4	24.4	25.4	26.4	27.3	28.3	29.3	30.3	31.3	32.2	33.2	34.2	35.2
162.5	17.0	18.0	18.9	19.9	20.8	21.8	22.7	23.7	24.6	25.6	26.5	27.5	28.4	29.3	30.3	31.2	32.2	33.1	34.1
165.0	16.5	17.4	18.4	19.3	20.2	21.1	22.0	23.0	23.9	24.8	25.7	26.6	27.5	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1	33.1
167.5	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.3	23.2	24.1	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1
170.0	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	23.4	24.2	25.1	26.0	26.8	27.7	28.5	29.4	30.3	31.1
172.5	15.1	16.0	16.8	17.6	18.5	19.3	20.2	21.0	21.8	22.7	23.5	24.4	25.2	26.0	26.9	27.7	28.6	29.4	30.2
175.0	14.7	15.5	16.3	17.1	18.0	18.8	19.6	20.4	21.2	22.0	22.9	23.7	24.5	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.4
177.5	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.0	19.8	20.6	21.4	22.2	23.0	23.8	24.6	25.4	26.2	27.0	27.8	28.6
180.0	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.7	18.5	19.3	20.1	20.8	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	26.2	27.0	27.8
182.5	13.5	14.3	15.0	15.8	16.5	17.3	18.0	18.8	19.5	20.3	21.0	21.8	22.5	23.3	24.0	24.8	25.5	26.3	27.0
185.0	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3
187.5	12.8	13.5	14.2	14.9	15.6	16.4	17.1	17.8	18.5	19.2	19.9	20.6	21.3	22.0	22.8	23.5	24.2	24.9	25.6
190.0	12.5	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.5	24.2	24.9

http://www.freebmiccalculator.net

■ Infrapeso
 ■ Normal
 ■ Sobrepeso
 ■ Obeso

2. TEST DE CRIBADO PARA TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

CUESTIONARIO –SCOFF-

Población diana: Población general femenina. Es un cuestionario autoadministrado.

Instrucciones: Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se ajusta a su situación

	SI	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses?		
¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Instrucciones para el profesional

Población diana: Población general femenina. Es un cuestionario autoadministrado de 5 ítems con respuestas dicotómica (SI - NO). Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. El punto de corte propuesto para el cribado en la población general es igual o superior a 2 puntos.

3. TEST DE KARNOFSKY.

Objetivos de la escala de valoración funcional de Karnofsky.

- Permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas.
- Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en patologías oncológicas y no oncológicas.
- Sirve para la toma de decisiones clínicas y valorar el impacto de un tratamiento y la progresión de la enfermedad del paciente.
 - Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los seis meses siguientes.

Valor	Nivel de capacidad funcional	Definición
100	Normal, sin quejas, sin evidencia de enfermedad	Capaz de realizar una actividad y trabajo normal; no necesita cuidados especiales
90	Capaz de realizar una actividad normal, signos o síntomas menores de enfermedad	
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad	
70	Se preocupa por sí mismo, incapaz de llevar una actividad normal o realizar un trabajo activo	Incapaz de trabajar, capaz de vivir en el hogar y atender la mayoría de las necesidades personales, requiere diversos grados de asistencia
60	Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades	
50	Requiere asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes	
40	Incapacitado, requiere cuidados y asistencia especial	Imposibilidad de cuidarse a sí mismo, requiere de atención institucional u hospitalaria equivalente, la enfermedad puede progresar rápidamente
30	Severamente incapacitado, la hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente	
20	Es necesaria la hospitalización, muy enfermo, tratamiento activo de soporte es necesario	
10	Moribundo, proceso fatal progresando rápidamente	
0	Muerte	

4. ESCALA UKU (ESCALA PARA MEDIR EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACION).

1. EFECTOS SECUNDARIOS PSÍQUICOS.

1.1 Dificultad de concentración

Dificultades en la capacidad para concentrarse, para captar ideas o para mantener la atención.

0. Ausencia de ella o dificultad dudosa para concentrarse.
1. El paciente tiene que esforzarse más de lo habitual para concentrarse pero sin comprometer su actividad diaria.
2. La dificultad de concentración es lo suficientemente importante para alterar su actividad diaria.
3. La dificultad de concentración del paciente es patente durante la entrevista.

1.2 Astenia/ Laxitud/ Incremento de la fatigabilidad.

El paciente refiere astenia y falta de resistencia. La evaluación se basa en los comentarios del paciente.

0. Ausencia de ella o dudosa astenia.
1. El paciente se cansa con mayor facilidad de lo habitual; sin embargo esto no significa que tenga que descansar más de lo habitual durante el día.
2. El paciente debe descansar parte del día a causa de su fatigabilidad.
3. El paciente tiene que descansar la mayor parte del día.

1.3 Somnolencia/ Sedación.

Capacidad disminuida para permanecer despierto durante el día. La confirmación se basa en la presencia de signos clínicos durante la entrevista.

0. Ausencia de ella o dudosa somnolencia.
1. Ligeramente somnoliento/modorra en relación con expresión facial o discurso.
2. Somnolencia más acentuada/modorra. El paciente bosteza y tiende a quedarse dormido cuando hay una pausa en la conversación.
3. Dificultad para mantener al paciente despierto y/o despertar al paciente.

1.4 Fallos de memoria.

Memoria deteriorada. El diagnóstico debe ser independiente de la dificultad de concentración.

0. Ausencia de ella o dudosa alteración de memoria.
1. Sentimiento de ligera pérdida de memoria comparado con la condición previa del paciente; sin embargo, no interfiere con su actividad.
2. Los fallos de memoria molestan al paciente o signos ligeros de ellos aparecen durante la entrevista.
3. El paciente muestra claros signos de fallo de memoria durante la entrevista.

1.5 Depresión.

Incluye expresiones verbales y no verbales de que el paciente tiene sentimientos de tristeza, depresión, melancolía, desesperanza, desvalimiento, en algunos casos con ideación autolítica.

0. Neutral o humor exaltado.
1. El humor del paciente está más deprimido y triste de lo habitual pero todavía tiene ganas de vivir.
2. El humor del paciente es claramente depresivo, incluyendo, a veces, expresiones de desesperanza y/o deseo de morir, pero el paciente no ha hecho directamente planes para consumar el suicidio.
3. Las expresiones verbales y no verbales de desesperanza y tristeza son grandes y/o es muy probable que tenga planeado el suicidio.

1.6 Tensión/Inquietud

Incapacidad para relajarse, inquietud. Este ítem debe confirmarse sobre la base del sentimiento del paciente y debe distinguirse de la acatisia.

0. Ausencia de ella o dudosa tensión nerviosa/Inquietud.
1. El estado del paciente es tal que está ligeramente tenso e intranquilo; sin embargo, esto no interfiere con su funcionamiento.
2. Tensión e intranquilidad considerable; sin embargo, no es tan intensa o constante como para que la actividad diaria del paciente se vea afectada de una manera excesiva.
3. El sentimiento de tensión e intranquilidad es tan intenso que la actividad diaria está claramente afectada.

1.7 Incremento en la duración del sueño.

Debería confirmarse en base al promedio de horas de sueño de las tres noches precedentes y con relación a la situación del paciente previa a la enfermedad.

0. Ausencia de él o dudoso incremento en la duración del sueño.
1. Duerme 2 horas más de lo habitual.
2. Duerme de 2 a 3 horas más de lo habitual.
3. Duerme más de tres horas más de lo habitual.

1.8 Disminución en la duración del sueño.

Debería confirmarse en base al promedio de horas de sueño de las tres noches precedentes y con relación a la situación del paciente previa a la enfermedad.

0. Ausencia de ella o dudosa disminución en la duración del sueño.
1. Duerme 2 horas menos de lo habitual.
2. Duerme de 2 a 3 horas menos de lo habitual.
3. Duerme más de 3 horas menos de lo habitual.

1.9 Incremento de la ensoñación.

Debe confirmarse con independencia del contenido de los sueños y basándose en el promedio de horas de sueño de las tres noches precedentes en relación a la actividad de ensoñación del estado previo a la enfermedad.

0. Ausencia de él o dudoso cambio en la cantidad de sueños.
1. Ligero incremento en la actividad soñadora, que no provoca alteración en la calidad del sueño nocturno.
2. Actividad soñadora más incrementada.
3. Incremento muy pronunciado en la cantidad de los sueños.

1.10 Indiferencia emocional.

Disminución de la empatía del paciente que conduce a la apatía.

0. Ausencia de ella o ligera indiferencia emocional.
1. Ligera disminución de la empatía del paciente.
2. Indiferencia emocional obvia.
3. Pronunciada indiferencia llegando a la apatía por lo que le rodea.

2. EFECTOS SECUNDARIOS NEUROLÓGICOS.

2.1 Distonia.

Tipos agudos de distonía en forma de contracciones musculares tónicas localizadas en uno o varios grupos musculares, particularmente en la boca, lengua y/o cuello. La confirmación se hace en base a los tres días precedentes a la entrevista.

0. Ausencia de ella o dudosa distonía.
1. Muy ligeros o breves espasmos, por ejemplo en la musculatura de la mandíbula o el cuello.
2. Contracciones más pronunciadas o de duración mayor y/o de una localización más amplia.
3. Formas marcadas de, por ejemplo, crisis oculogiras u opsitótonos.

2.2 Rigidez.

Incremento del tono muscular de naturaleza uniforme y general, observada en base a resistencia constante y uniforme a movimientos pasivos de las extremidades. Se atribuye especial importancia a los músculos de los codos y los hombros.

0. Ausencia de ella o dudosa rigidez.
1. Ligera rigidez de cuello, hombros y extremidades. Debe ser posible observar la rigidez la resistencia que ofrecen los codos al movimiento pasivo.
2. Rigidez moderada.
3. Rigidez severa.

2.3 Hipocinesia/Acinesia.

Movimientos lentos (bradicinesia), expresión facial reducida, reducción en el movimiento de los brazos y pasos más cortos, llegando incluso a la acinesia.

0. Ausencia de ella o dudosa hipocinesia.
1. Movimiento reducido ligeramente, por ejemplo, reducción ligera del movimiento de un brazo al caminar o ligera reducción de las expresiones faciales.
2. Reducción más clara de la movilidad, por ejemplo, caminar lento.
3. Muy marcada reducción de la movilidad, bordeando o llegando a la acinesia, por ejemplo, cara de parkinson o pasos muy cortos.

2.4 Hipercinesia.

Movimientos involuntarios, afectando con más frecuencia a la región orofacial en forma del llamado síndrome masticatorio-buco-lingual. A menudo también afecta a las extremidades, especialmente los dedos, más raramente a la musculatura del tronco y sistema respiratorio. Se incluyen las hipercinesias iniciales y tardías.

0. Ausencia de ella o dudosa hipercinesia.
1. Ligera hipercinesia, sólo presente de forma intermitente.
2. Hipercinesia moderada, presente la mayor parte del tiempo.
3. Hipercinesia severa, presente la mayor parte del tiempo, como por ejemplo, marcada protrusión de la lengua, apertura de la boca, hipercinesia facial con o sin afectación de las extremidades.

2.5 Temblor.

Este ítem comprende todas las formas de temblor.

0. Ausencia de él o temblor dudoso.
1. Muy ligero temblor que no molesta al paciente.
2. Claro temblor que molesta al paciente, la amplitud del temblor de los dedos es menor de 3 cm.
3. Claro temblor con una amplitud de más de 3 cm. que no puede ser controlado por el paciente.

2.6 Acatisia.

Sentimiento subjetivo y signos objetivos de falta de relajación muscular, particularmente en las extremidades, tanto que impiden al paciente permanecer sentado. La confirmación de este ítem se basa en los signos clínicos observados durante la entrevista, así como en la narración del paciente.

0. Ausencia de ella o dudosa acatisia.
1. Ligera acatisia; sin embargo, el paciente puede todavía controlarla sin esfuerzo.
2. Moderada acatisia; sin embargo, el paciente puede, con esfuerzo permanecer sentado durante la entrevista.
3. Cuando el paciente tiene que levantarse varias veces durante la entrevista a causa de la acatisia.

2.7 Ataques epilépticos.

Únicamente las convulsiones tónico-clónicas generalizadas son registradas aquí.

0. Ausencia de ataques en los últimos 6 meses.
1. Un ataque en los últimos 6 meses.
2. 2 ó 3 ataques en los últimos 6 meses.
3. Más de 3 ataques en los últimos 6 meses.

2.8 Parestesias.

Pinchazos, hormigueo o sensación de calor en la piel.

0. Ausencia de ellas o parestesias dudosas.
1. Parestesias ligeras que escasamente molestan al paciente.
2. Parestesias moderadas que molestan claramente al paciente.
3. Parestesias severas que molestan marcadamente al paciente.

3. EFECTOS SECUNDARIOS AUTONÓMICOS

3.1 Trastornos de acomodación.

Dificultad para ver con claridad o distinguir en distancias cortas (con o sin gafas) mientras que ve claramente a larga distancia. Si el paciente utiliza gafas bifocales, el problema debe confirmarse utilizando las gafas de lejos.

0. Ninguna dificultad para leer un texto ordinario de periódico.
1. El texto ordinario de un periódico puede ser leído, pero los ojos del paciente se cansan rápidamente y/o debe mantener el periódico alejado.
2. El paciente no puede leer el texto ordinario de un periódico, pero todavía puede el texto impreso con letras grandes.
3. El paciente puede leer los titulares, sólo con ayuda, tal como una lupa.

3.2 Aumento de la salivación.

Salivación sin estimulación incrementada.

0. Ausencia de él o dudoso incremento en la salivación.
1. Salivación claramente aumentada, pero sin llegar a ser molesta.
2. Incremento de salivación molesta; necesidad de escupir o tragar saliva con frecuencia; sólo excepcionalmente babeo.
3. Frecuente o constante babeo, a veces simultáneo con alteraciones del lenguaje.

3.3 Disminución de la salivación (sequedad de boca).

Sequedad de boca a causa de la escasa salivación. Puede provocar el aumento en el consumo de líquidos, pero debe distinguirse de la sed.

0. Ausencia de ella o dudosa sequedad de boca.
1. Sequedad de boca ligera, no molesta para el paciente.
2. Moderada sequedad de boca que resulta ligeramente molesta para el paciente.
3. Sequedad de boca marcada que supone un claro trastorno en la actividad diaria del paciente.

3.4 Náuseas/Vómitos.

Registrada en los tres últimos días.

0. Ausencia de ellas o dudosas náuseas.
1. Náuseas ligeras.
2. Náuseas molestas, pero sin vómitos.
3. Náuseas con vómitos.

3.5 Diarrea.

Incremento en la frecuencia y/o menor consistencia de las heces.

0. Ausencia de ella o dudosa diarrea.
1. Claramente presente, pero sin interferir la actividad diaria del paciente.
2. Molesta con necesidad de visitar varias veces al día el retrete.
3. Diarrea franca, con necesidad imperiosa de defecar, presencia de incontinencia o amenaza de la misma, que provoca interrupciones frecuentes en las actividades diarias.

3.6 Estreñimiento.

Reducción en la frecuencia de emisión de heces y/o aumento en la consistencia de las mismas.

0. Ausencia de él o dudoso estreñimiento.
1. Estreñimiento ligero, pero soportable.
2. Estreñimiento más marcado que resulta molesto para el paciente.
3. Estreñimiento severo.

3.7 Alteraciones de la micción.

Sensación de dificultad para iniciar y de incremento de resistencia para mantener la micción. Chorro de orina más débil y/o incremento en el tiempo de micción. Debe referirse a lo ocurrido en los tres días previos a la entrevista.

0. Ausencia de ella o dudosa alteración de la micción.
1. Claramente presente, pero tolerable.
2. Chorro pobre, incremento considerable del tiempo necesario para acabar la micción, sensación de vaciado incompleto de la vejiga.
3. Retención de orina con alto volumen de orina residual y/o retención aguda de orina o amenaza de la misma.

3.8 Poliuria/Polidipsia.

Incremento en la producción de orina que provoca aumento en la frecuencia o en el volumen de orina de cada micción; secundariamente incremento en la ingesta de líquidos.

0. Ausencia de ella o dudosa.
1. Claramente presente, pero no molesta. Nicturia: al menos una micción nocturna (en gente joven).
2. Moderadamente molesta a causa de la sed que provoca, nicturia de 2 ó 3 veces, o micción más frecuente de una cada dos horas.
3. Muy molesta, sed casi constante, nicturia de al menos 4 veces o una micción al menos cada hora.

3.9 Mareo ortostático.

Sensación de debilidad, pérdida de la luz de los ojos, zumbidos de oídos, incremento en la tendencia al desmayo con los cambios desde la posición de decúbito o sedestación a la bipedestación.

0. Ausencia de él o dudoso.
1. Claramente presente, pero no requiere especiales medidas correctoras.
2. Molesto, pero puede ser neutralizado realizando un cambio a la bipedestación lento o por etapas.
3. Amenaza o episodios de desmayo a pesar de los cambios cuidadosos de posición, con una tendencia a este tipo de mareo mientras el paciente permanece en bipedestación.

3.10 Palpitaciones/Taquicardia.

Palpitaciones, sensación de latidos rápidos, fuertes o irregulares.

0. Ausencia de ellas o dudosas.
1. Claramente presentes, pero no molestas, sólo ataques cortos ocasionales o más constantes, pero no palpitations marcadas.
2. Palpitaciones molestas frecuentes o constantes que preocupan al paciente o alteran su descanso nocturno; sin embargo, sin síntomas concomitantes.
3. Sospecha de taquicardia real, por ejemplo a causa de la presencia de síntomas acompañantes como sensación de debilidad y necesidad de adoptar el decúbito, disnea, tendencia al desmayo, o dolor precordial.

3.11 Aumento de la sudoración.

Referido a toda la superficie corporal, no sólo palmas de las manos y plantas de los pies.

0. Ausencia de él o dudoso.
1. Claramente presente, pero ligero, por ejemplo profusa sudoración sólo después de un esfuerzo considerable.
2. Molesto, requiere de cambio frecuente de la ropa, sudoración profusa después de una actividad moderada, por ejemplo subir unas escaleras.
3. Sudoración profusa después de actividades ligeras o incluso en reposos, el paciente está constantemente sudando, debe cambiarse de ropa varias veces al día y debe también cambiar la ropa de la cama durante la noche.

4. OTROS EFECTOS SECUNDARIOS.

4.1 Rash

En la hoja de registro el tipo de rash se clasifica como a) morbiliforme, b) petequiral, c) urticarial, d) psoriásico, y e) inclasificable. Se utilizará la siguiente gradación:

0. Ausencia de él o dudoso rash.
1. Localizado en menos del 5% de la superficie corporal, por ejemplo en las palmas de las manos.
2. Disperso por toda la piel, pero cubre menos de 1/3 de la superficie de la misma.
3. Universal, cubre más de 1/3 de la superficie corporal.

4.2 Prurito.

0. Ausencia de él o dudoso.
1. Prurito ligero.
2. Prurito marcado, tanto que molesta al paciente. Puede haber marcas de arañazos.
3. Prurito severo que molesta mucho al paciente. Existen distintas alteraciones en la piel a causa del rascado.

4.3 Fotosensibilidad.

Incremento en la sensibilidad a la luz solar.

0. Ausencia de ella o dudosa fotosensibilidad.
1. Ligera, pero no molesta.
2. Mas pronunciada y molesta para el paciente.
3. Tan pronunciada que la discontinuación del fármaco es claramente necesaria.

4.4 Aumento de la pigmentación.

Incremento en la pigmentación de la piel, de color marrón o de otro color, frecuentemente localizado en las partes de la piel expuestas a la luz.

0. Ausencia del mismo o dudoso incremento en la pigmentación.
1. Ligero incremento en la pigmentación.
2. Marcada pigmentación de la piel, generalizada o localizada, que preocupa al paciente pero que no es evidente para las demás personas.
3. El aumento de la pigmentación es tan evidente que puede ser manifiesto para cualquier persona.

4.5 Ganancia de peso.

El registro debe hacerse comparándolo con el peso del mes anterior.

0. Ausencia de la misma o dudosa ganancia de peso.
1. Ganancia de 1-2 kg durante el mes.
2. Ganancia de 3-4 kg durante el mes.
3. Ganancia de más de 4 kg durante el mes.

4.6 Pérdida de peso.

0. Ausencia de la misma o dudosa pérdida de peso.
1. Pérdida de 1-2 kg durante el mes.
2. Pérdida de 3-4 kg durante el mes.
3. Pérdida de más de 4 kg durante el mes.

4.7 Menorragia.

Hipermenorrea, polimenorrea o metrorragia durante los últimos tres meses.

0. Ausencia del mismo o dudoso incremento en la frecuencia o intensidad del flujo menstrual.
1. Hipermenorrea, el flujo menstrual es más intenso que el habitual pero los intervalos son normales.
2. Polimenorrea, el flujo menstrual se presenta más a menudo y es más intenso que el habitual.
3. Metrorragia, intensidad e intervalos irregulares, las pérdidas de sangre son más intensas y frecuentes comparadas con las precedentes.

4.8 Amenorrea.

Hipomenorrea, oligomenorrea, o amenorrea durante los últimos tres meses.

0. Ausencia de la misma o dudosa reducción en la frecuencia o intensidad del flujo menstrual.
1. Hipomenorrea, sangrado uterino de menor intensidad que la normal, pero manteniendo los intervalos normales.
2. Oligomenorrea, intervalos prolongados comparados con la situación previa; la intensidad puede ser también más baja que lo habitual.
3. Amenorrea, la menstruación ha estado ausente durante más de tres meses.

4.9 Galactorrea.

Secreción aumentada de leche fuera de los períodos de lactancia materna.

0. Ausencia de galactorrea.
1. Galactorrea presente pero en grado muy ligero.
2. Galactorrea presente en grado moderado y es sentida como molesta por el paciente.
3. Galactorrea muy pronunciada y francamente molesta.

4.10 Ginecomastia.

Excesivo desarrollo de las glándulas mamarias en el varón.

0. Ausencia de ginecomastia.
1. Ginecomastia presente en grado muy ligero comparada con la situación habitual.
2. Ginecomastia claramente presente; sin embargo, sólo molesta cuando el paciente se desnuda.
3. Ginecomastia severa que afecta al paciente cosméticamente, es evidente incluso con el paciente vestido.

4.11 Deseo sexual incrementado.

Deseo incrementado de actividad sexual.

0. Ausencia del mismo o dudoso incremento.
1. Incremento ligero, es sentido como natural por la pareja.
2. Incremento claro del deseo sexual que ha provocado comentarios y discusiones con la pareja.
3. Cuando el deseo sexual ha aumentado de forma severa, de tal modo que la vida del paciente con su pareja se ha alterado considerablemente.

4.12 Disminución del deseo sexual.

Deseo disminuido de actividad sexual.

0. Ausencia de la misma o dudosa disminución.
1. El deseo de actividad sexual está ligeramente disminuido, pero sin llegar a incomodar al paciente.
2. Reducción del deseo y el interés en las actividades sexuales que resulta problemático para el paciente.
3. El deseo y el interés sexual han disminuido en tal grado que la actividad sexual raramente se produce o ha desaparecido por completo.

4.13 Disfunción eréctil.

Dificultad para alcanzar o mantener una erección.

0. Ausencia de la misma o dudosa disfunción.
1. Ligera disminución en la capacidad para alcanzar o mantener la erección.
2. Cambio evidente en la capacidad para alcanzar o mantener la erección.
3. El paciente sólo raramente (o nunca) puede alcanzar o mantener la erección.

4.14 Alteración de la eyaculación.

Disfunción en la capacidad del paciente para tener un control de la eyaculación. Incluye: a) eyaculación prematura o b) eyaculación retrasada. En el registro se debe hacer constar si están presentes a o b.

0. Ausencia de la misma o dudosa alteración de la eyaculación.
1. Es más difícil de lo habitual el control de la eyaculación por parte del paciente, pero no llega a inquietarle.
2. Cambio evidente en la capacidad del paciente para controlar la eyaculación, de tal modo que se vuelve problemático para él.
3. La capacidad del paciente para controlar la eyaculación está tan deteriorada que resulta un problema evidente en la actividad sexual y llega a interferir con un adecuado orgasmo.

4.15 Alteración del orgasmo.

Dificultad para obtener y experimentar un orgasmo satisfactorio.

0. Ausencia de la misma o dudosa alteración del orgasmo.
1. Es más difícil de lo habitual, para el paciente, alcanzar el orgasmo y/o la sensación del mismo está ligeramente alterada.
2. El paciente refiere que presenta un cambio claro en la capacidad para alcanzar el orgasmo y/o en la sensación del mismo. Este cambio es de tal magnitud que incomoda al paciente.
3. Cuando el paciente raramente o nunca llega a alcanzar el orgasmo y/o la sensación del mismo está claramente atenuada.

4.16 Alteración de la lubricación vaginal.

Sequedad vaginal con el estímulo sexual.

0. Ausencia de la misma o dudosa sequedad vaginal.
1. Ligera sequedad vaginal con el estímulo sexual.
2. Alteración moderada de la lubricación vaginal tras el estímulo sexual.
3. Alteración severa, marcada sequedad que hace difícil el coito (o hace necesario el uso de lubricantes).

4.17 Cefalea.

En el registro la cefalea se clasifica como: a) cefalea tensional, b) migraña, c) otras formas de cefalea.

0. Ausencia de la misma o dudosa cefalea.
1. Cefalea ligera.
2. Cefalea moderada, dolor de cabeza molesto pero que no interfiere con las actividades diarias del paciente.
3. Cefalea severa que interfiere en la actividad diaria del paciente.

4.18 Dependencia física.

Aparición de síntomas vegetativos u otros síntomas somáticos tras la discontinuación de la droga en cuestión, basado en lo ocurrido durante los últimos tres meses. Puede confirmarse cuando se ha hecho un intento de discontinuación (se debe indicar en el formulario la droga responsable).

0. No hay nada que sugiera la dependencia física.
1. Tras la discontinuación aparecen ligeros síntomas vegetativos como taquicardia o un incremento en la tendencia a la sudoración.
2. Después de la discontinuación aparecen síntomas vegetativos evidentes y ansiedad o inquietud.
3. Tras la discontinuación aparecen síntomas vegetativos severos, ansiedad, inquietud y/o convulsiones.

4.19 Dependencia psíquica.

La dependencia psíquica se define como un fuerte deseo de continuar tomando la droga a causa de sus efectos psíquicos (o los efectos que el paciente cree que produce) cuando estos efectos son considerados por el médico como indeseables o al menos innecesarios. El registro debe hacer referencia a lo sucedido en los tres meses previos a la entrevista.

0. Ausencia de la misma o dudosa dependencia psíquica.
1. Ligera dependencia, pero sin llegar a ser seria.
2. Dependencia psíquica clara, pero sin complicaciones médicas o sociales.
3. Dependencia psíquica pronunciada con un, casi compulsivo, deseo de continuar tomándola a cualquier precio. El uso de la droga en cuestión puede haber causado complicaciones médicas o sociales.

Valoración de la interferencia de los efectos secundarios sobre la actividad diaria del paciente:	Evaluador	
	<i>Paciente</i>	<i>Médico</i>
0 Sin efectos secundarios		
1 Efectos secundarios leves que no interfieren con la actividad diaria del paciente.		
2 Presencia de efectos secundarios que interfieren moderadamente en la actividad diaria del paciente.		
3 Presencia de efectos secundarios que interfieren intensamente en la actividad diaria del paciente.		

Consecuencia:		
0	No se toma ninguna medida	
1	Tratamiento ocasional de los efectos secundarios, pero sin reducir las dosis del fármaco.	
2	Reducción de las dosis y/o tratamiento permanente de los efectos secundarios.	
3	Retirada del fármaco o sustitución por otro.	

Protocolo de intervención de enfermería

5. ESCALA DE EVALUACION DE LA IMAGEN CORPORAL - Gardner -.

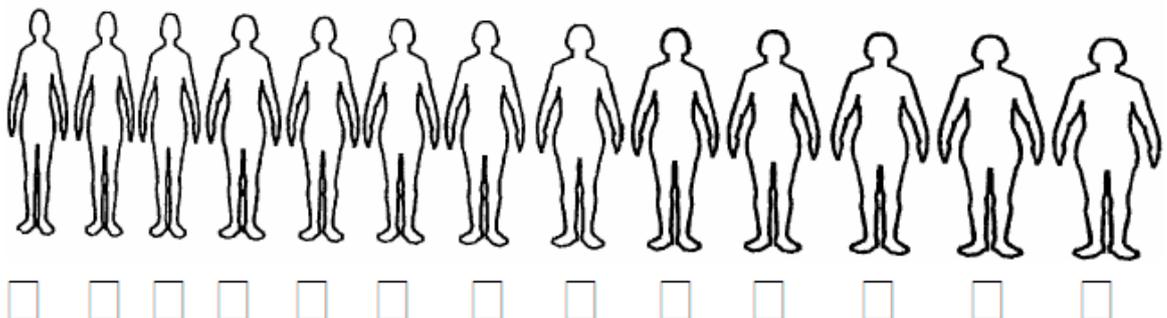
Población diana: Población general femenina entre 13 y 35 años. Se trata de un cuestionario de 11 siluetas autoadministrado y heteroadministrado por un clínico con experiencia en este campo. La silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las situadas a su derecha obtiene puntuaciones positivas (de 1 a 6).

Primero, la paciente señala con una "P" la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal y con una "D" la silueta que desearían tener.

Posteriormente, el entrevistador señala con una "R" su estimación de la imagen corporal real del paciente. La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada se considera el *Índice de Insatisfacción* de la imagen corporal, y la diferencia entre la imagen percibida y la Real se considera el *Índice de Distorsión* de la imagen corporal. No se han establecido puntos de corte.

Índice de Insatisfacción	
Índice de Distorsión	

Instrucciones para el profesional: Doble este documento por la línea discontinua y muestre a la paciente las figuras sin el texto.



6. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR. Cuestionario de Zarit.

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Protocolo de intervención de enfermería

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala likert (1-5)

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

- 1=Nunca
- 2=Rara vez
- 3=Algunas veces
- 4=Bastantes veces
- 5=Casi siempre

Los puntos de corte recomendados son:

- < 46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- > 55-56 Sobrecarga Intensa

FECHA					
PUNTUACIÓN					

ANEXO 4: TABLA DE AUTORREGISTRO PARA VALORACIÓN DE HÁBITOS.



	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Desayuno							
Almuerzo							
Comida							
Merienda							
Cena							
Agua							
Pan							
Consumo							
Ejercicio							
Sueño							

ANEXO 5: FICHA DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.

Nombre y Apellidos:

Centro



Pauta de recogida:

FÁRMACO	DOSIS Y PAUTA				FECHA INICIO	FECHA FIN	OBSERVACIONES
	 DESAYUNO	 COMIDA	 CENA	 ACOSTARSE			

Fecha:

Fdo:
Médico
Col. N^o

ANEXO 6: MODELO DE REGISTRO BIMENSUAL DE CADUCADOS.

REVISIÓN BIMENSUAL DE PRODUCTOS DE FARMACIA

EJERCICIO _____

MES _____

PRODUCTOS CADUCADOS:

PRODUCTO

CANTIDAD

_____	_____
_____	_____
_____	_____

PRODUCTOS CON OTRA ANOMALIA:

PRODUCTO

CANTIDAD

_____	_____
_____	_____
_____	_____

FECHA DE REVISIÓN _____

Fdo. Personal que realiza la acción

Vº Bº Jefe de Sección del Centro

ANEXO 8: PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE ROTURA TÉRMICA.

OBJETO: Actuación ante Rotura Térmica

- **ROTURA TÉRMICA:** Tª desviada o fuera de los límites del Rango Normalizado o Idóneo.
 - **TEMPERATURA IDONEA ALMACEN:** menor o igual a 30°C
 - **TEMPERATURA IDONEA NEVERA:** (2-8°C)
- **RESPONSABLE:** Cada persona que realiza el registro.

CONTENIDO:

- Registrar las Especialidades y Unidades afectadas por Rotura Térmica.
- Anotar Numero de Lote y caducidad
- Anotar Temperaturas Extremas (máxima y mínima fuera de rango) a las que han sido sometidas estas especialidades
- Tiempo transcurrido fuera de rango.
- Enviar por correo electrónico a la Farmacia Madrid Salud (mspfarmacia@madrid.es), el documento que recoja lo anteriormente expuesto para que se traslade la Consulta al Laboratorio, empresa distribuidora o fabricante. Se contactará con el Departamento de Estabilidad o Termolabilidad y se expondrá el caso concreto.
- Utilizar o Desechar las Especialidades afectadas por esta Rotura Térmica, según contestación favorable o desfavorable del Departamento competente.
- En caso de retirada por contestación desfavorable, seguir Instrucciones de Gestión de Residuos, incluidos en Sistema de gestión Ambiental de Ayre; http://www.madridsalud.es/gestion_ambiental/pdfs/tripticoRBS.pdf

NOTA; En el caso de Rotura térmica de nevera que almacene vacunas, se seguirá el procedimiento habitual normalizado.

ANEXO 9: REVISIÓN MATERIAL EMERGENCIAS.

VÍA AÉREA	VÍA VENOSA	MEDICACIÓN	APARATAJE	FUNGIBLES
Cánula Guedel	Catéter Venoso	Adrenalina 1mg	Desfibrilador Semiautomático	Tiras glucemia
Sondas aspiración	Compresor	Atropina 1mg	Electrodos para desfibrilador	Sonda Nasogástrica
Mascarilla O ₂	Esparadrapo	AAS	Aspirador de secreciones	Lubricante
Bombona de O ₂	Toallitas Alcohol	Anexate	Pulsioxímetro	Guantes
Rescue Bag (Ambú)	Agujas	Carbón Activado	Fonendoscopio	Jeringa 50ml
Combitube	Jeringa 5 ml/10ml	Cafinitrina	Tensiómetro	
Venda de gasa 5mm	Llave de tres pasos	Captopril	Glucómetro	
	Sistema suero	Naloxone		
	Suero Fisiológico	Benerva		
	Suero Glucosado	Urbason 40mg		
		Valium 10mg		

Protocolo de intervención de enfermería



Centro:

Año

MES	OBSERVACIONES	FECHA	REVISADO POR
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
JULIO			
AGOSTO			
SEPTIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			

ANEXO 10: GESTIÓN DE RESIDUOS BIO-SANITARIOS.

Residuos biosanitarios son los residuos sanitarios específicos de la actividad sanitaria propiamente dicha, potencialmente contaminados con sustancias biológicas al haber estado en contacto con pacientes o líquidos biológicos.

Se entiende por residuos sanitarios, los generados en centros sanitarios, incluidos los envases, y los residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido.

En los CAD se generan los siguientes tipos:

CLASES DE RESIDUOS SANITARIOS (Decreto 83/99)

I. Residuos generales: papel, cartón, comida, vidrio, mobiliario, restos de jardinería.

II. Residuos biosanitarios asimilables a urbanos: residuos biosanitarios que no estén incluidos en cualquiera de los 9 grupos que constituyen la Clase III. Residuos tales como sondas, vendajes, gasas, guantes y otros desechables quirúrgicos y, en general, todo material en contacto con líquidos biológicos o en contacto con los pacientes

III. Residuos Biosanitarios Especiales:

Grupo 5: Residuos punzantes o cortantes.

El Decreto sólo regula la gestión de las clases II, III y VI que se realicen en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

¿CÓMO SE ENVASAN?

En general los envases serán de un solo uso, no podrán volver a abrirse. Asimismo, los envases de residuos biosanitarios especiales y residuos citotóxicos deben permanecer intactos hasta su eliminación, no deben someterse a presiones mecánicas. Los envases rotos o con fugas serán reenvasados.

ENVASES PARA RESIDUOS CLASE II

- Opacos.
- Impermeables.
- Resistentes a la humedad.
- Combustión sin emisión tóxica.
- Volumen no superior a 70 litros.
- Color verde.
- Galga mínima 200.
- **En los envases de clase II también pueden acumularse residuos de clase I (residuos generales)**

ENVASES PARA RESIDUOS CLASE III

- **ENVASES RÍGIDOS O SEMIRÍGIDOS**
 - Libre sustentación.
 - Opacos.
 - Impermeables.
 - Resistentes a la humedad.
 - Resistentes a la perforación.
 - Provistos de cierre hermético.
 - Combustión sin emisión tóxica.
 - Volumen no superior a 60 litros.
 - Señalizados con el pictograma "Biopeligroso"

Los residuos biosanitarios especiales punzantes o cortantes deben acumularse necesariamente en envases rígidos o semirrígidos, diseñados para tal fin.

ANEXO 11: SIGLAS Y ACRÓNIMOS.

- **CABS:** Centro de Atención Básica Sociosanitaria.
- **CAD:** Centro de Atención a las Drogodependencias.
- **CAIC:** Centro de Asistencia Integral al Cocainómano.
- **CAID:** Centro de Atención Integral al Drogodependiente.
- **CCAD:** Centro Concertado de Atención a Drogodependientes.
- **CM:** Comunidad de Madrid.
- **DSM-IV-TR:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Version IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2002).
- **DSM 5:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2013).
- **EPS:** Educación Para la Salud.
- **ETS:** Enfermedad de Transmisión Sexual.
- **HIE:** Historia Informática de Enfermería.
- **IMC:** Índice de Masa Corporal o índice de Quetelet.
- **ITS:** Infección de Transmisión Sexual.
- **ISTMO:** Programa municipal de atención a ciudadanos extranjeros.
- **IVE:** Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- **MADROÑO:** Madrid Reducción del Daño. (Unidad Móvil)
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association.
- **NIC:** Nursing Interventions Classification.
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification.
- **OMS:** Organización Mundial de la salud.
- **ONG:** Organización No Gubernamental.
- **PAV:** Proceso de Atención y Valoración.
- **PPD:** Derivado Proteico Purificado.
- **PPI:** Programa Personalizado de Intervención.
- **PAD:** Servicio de Prevención de Adicciones.
- **PAE:** Proceso de Atención en Enfermería.
- **PIJ:** Programa de Intercambio de Jeringuillas.
- **PR:** Profesional de Referencia.
- **SAJIAD:** Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información Al Detenido.
- **SAO:** Síndrome de Abstinencia a Opiáceos.
- **SOL:** Servicio de Orientación Laboral.
- **SIDA:** Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida.
- **SUPRA:** Sistema Unificado Para Registro de Adicciones.
- **TARGA:** Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.
- **TDO:** Tratamiento Directamente Observado.
- **TDS:** Tratamiento Directamente Supervisado.
- **VHA:** Virus de la Hepatitis A.
- **VHB:** Virus de la Hepatitis B.
- **VHC:** Virus de la Hepatitis C.
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.

Barreda, M.A., Díaz-Salazar, A., Cuesta, S., López, M.C., et al. (2005) *Mujer y Adicción*. Madrid Salud.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.

Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H. y Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63, 426-432.

Brancolini, F. L. y López, F. (2002). *Manual de drogodependencias para profesionales de la salud*. Librería Universitaria, S. L. Ediciones.

Brunette, M., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W., Wieder, B., Jones, A. y McHugo, G. (2008). Implementation of integrated dual disorders treatment: a qualitative analysis of facilitators and barriers. *Psychiatric Services*, 59, 989-995.

Carrascosa Sánchez, P. y Bellver Cebria, A. (2004). Marco conceptual en el que se inscriben los cuidados enfermeros a las personas drogodependientes y en la salud mental: aspectos éticos, legales y asistenciales partiendo de una concepción integral de la salud. *Revista Española de Drogodependencias*, 29, 23-36.

Casas, M., Duro, P. y Pinet, C. (2006). Otras Drogodependencias. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*.

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería (1998). *Código Deontológico de la Enfermería española*. Madrid.

Edward, K. L. y Munro, I. (2009). Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *International journal of nursing practice*, 15, 74-79.

Feather, N. T. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Forcada, S. (2004). Enfermería desde una unidad de conductas adictivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 29, 76-83.

González, M., Mirón, D., Cotiello, Y., Peñacoba, D., Iglesias, R., Arias, S. et al. (2002). *Guía de metodología y diagnósticos de enfermería*. Oviedo: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA).

Green, A., Drake, R., Brunette, M. y Noordsy, D. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 402-408.

Hermida, J. R. F., Carballo, J. L., Secades-Villa, R. y García-Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 2-10.

Herrera Arce, A., López De Gámiz, E. B., Murua Navarro, F., Martínez, H. y Jiménez-Lerma, J. M. (2003). 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*, 5, 58-74.

Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E. y Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 24-34.

Instituto de Adicciones (2011) *Plan de adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016*. Ayuntamiento de Madrid. Área de Seguridad y Movilidad. Organismo autónomo de Madrid Salud.

Johnson, B. S. (2000). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. McGraw-Hill Interamericana de España.

Johnson, M., Bulechek, G. M., McCloskey, J., Moorhead, S. y Maas, M. (2002). *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. Madrid: Harcourt.

Juanes, J. R. D. (2003). *Vacunación en el adulto, guía y recomendaciones*. Asociación para la Formación e Investigación en Salud Pública.

Larger-Branxolini, F. (2004). Actuación de enfermería en el proceso de recuperación de las drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 29, 127-136.

Ley General de Sanidad (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril*. Boletín Oficial del Estado, 102, 15207-15224.

Lizarraga, S. D. y Ayarra, M. (2009). Entrevista motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 43-53.

Lorenzo, L., Leza, L. H. y Fernández, P. L. (2003). *Drogodependencias*. Ed. Médica Panamericana.

Martín, E. (2007). Psicología y atención a la drogodependencia en España: una visión histórica. *Papeles del Psicólogo*, 28, 41-48.

Martínez, M. S. (2004). Los cuidados enfermeros desde una unidad de conductas adictivas: en busca de la excelencia. *Revista Española de Drogodependencias*. 29, 118-126.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2004) *Vacunación en adultos, recomendaciones*. Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología. España.

Montesinos, J. V. B., Silva, L. I. M. y Carrión, C. G. (1997). *Intervención en drogodependencias: un enfoque multidisciplinar*. Síntesis.

Observatorio Español sobre Drogas (2009). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*.

Palacios García, F. A., Díez Melgosa, E. y Fuertes Rocañín, J. C. (1999). *Personal de enfermería y drogodependientes: una relación imprescindible y fructífera*. Fundación para el desarrollo de la enfermería (FUDEN). Colegio Oficial de Enfermería.

Pender, N. J. (2000). Entrevista personal, 19 de julio, 2000. Citado en Sakraida T. J. (2011). Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. En M. R. Alligood y A. M. Tomey (Eds.). *Modelos y teorías en enfermería* (7ª Ed.), p 439. Barcelona: Elsevier España.

Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3ª ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. y Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4ª ed., p. 60) Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. y Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª Edición). Boston, M. A.: Pearson.

Pender, N. J. (2011). *The health promotion model manual*. Disponible en <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.

Picazo, J. J. (2003). *Guía práctica de vacunaciones para enfermería: 2003*. Centro de Estudios Ciencias de la Salud.

Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1988). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Visions of addictions: Major contemporary perspectives on addictions and alcoholism*, 117-139.

Psychology Review, 84(2), 191-215.

Romaní, O. (1997). Etnografía y drogas: discursos y prácticas. *Nueva Antropología*, 16, 39-66.

Roncero, C., Barral, C., Grau, L., Esteve, O. y Casas, M. (2010) Patología dual: protocolos de intervención. En Szerman, N. (Ed.). *Esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed.

Ruiz, M. M., Ros, A. A. y Valladolid, G. R. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Ediciones Díaz de Santos.

Ruíz-Osuna, M. D. (2006). *Actualización en drogodependencias: análisis histórico, social y sanitario*. En Moraleja de Enmedio (Eds.). Madrid.

Saah, T. (2005). The evolutionary origins and significance of drug addiction. *Harm Reduction Journal*, 2, 2-8.

Sakraida T. J. (2011). Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. En M. R. Alligood y A. M. Tomey (Eds.). *Modelos y teorías en enfermería* (7ª Ed.), pp. 434- 453. Barcelona: Elsevier España.

Saniotis, A. (2010). Evolutionary and anthropological approaches towards understanding human need for psychotropic and mood altering substances. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42, 477-484.

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40.

