

Enfermería y unidad de desintoxicación hospitalaria

José L. Moreno Romo

D.U.E. y Doctor en psicología. Unidad de Toxicomanías. Hospital clínico Universitario de Valencia.

Resumen

En la unidad de desintoxicación, es la enfermería quien ocupa la primera línea en la actividad asistencial y como tal va a recibir la presión del paciente en un primer momento, por lo que sus decisiones y actuaciones en muchas ocasiones no se prestan a dilación y deben ser respondidas rápidamente en razón de su urgencia. Para ello, la evaluación de las demandas del paciente se llevarán a cabo con criterios científicos y unánimes para todo el equipo, y a fin de conseguir eficiencia y eficacia en tal cometido será indispensable una formación específica, tanto en drogodependencias como en otras alteraciones psicológicas y trastornos psiquiátricos que aparecen asociados en el paciente toxicómano, poniendo un especial énfasis en los aspectos de la personalidad como eje central para manejo de estos enfermos.

Palabras Clave

Unidad de desintoxicación, enfermería, trastornos psiquiátricos, personalidad.

Summary

Nurses occupy the front line when it comes to assisting patients at the hospital rehabilitation unit and therefore they bear the pressure of caring for these patients during the initial stages. This implies that their decisions and performance cannot be delayed and must take into account the urgency of each situation. The evaluation of the patient's demands must be carried out according to scientific criteria which are also coherent for the team as a whole. The target of achieving efficiency and effectiveness in such a task requires a specific training in drug addictions and other psychological alterations and psychiatric disorders which appear in drug-addict patients, paying special attention to aspects of personality as the main instrument in handling these patients.

— Correspondencia a: _____

José Luis Moreno. Teléfono: 961323025. Kabyby@hotmail.com

Key Words

Rehabilitation unit, nurses, psychiatric disorders, personality.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Desintoxicación del Hospital Clínico Universitario de Valencia fue creada el 1 de abril de 1987 dependiendo de la Dirección General de Drogodependencias, y en 1991 se integró en el servicio de psiquiatría.

La dotación de personal está compuesta por un médico adjunto especialista en psiquiatría, un médico residente de psiquiatría en rotación trimestral, un ATS/DUE, una auxiliar de enfermería y un celador en turno de mañanas, y el turno de tardes/noches lo forman un ATS/DUE y una auxiliar de clínica. Las funciones de supervisión y de secretaría son compartidas con la Unidad de Psiquiatría.

La capacidad de la unidad es de 8 camas, ubicadas en 4 habitaciones.

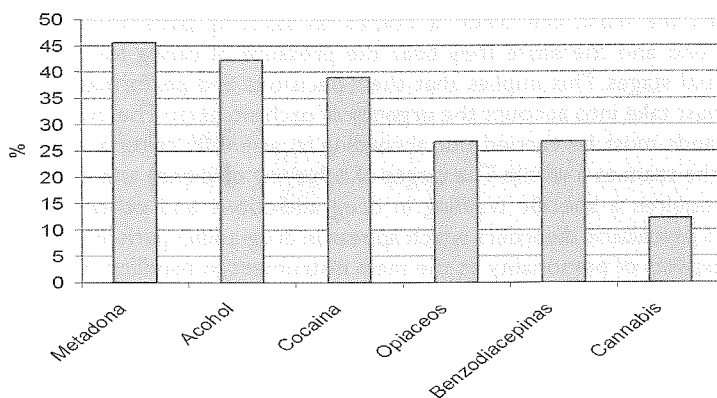
La actividad asistencial anual, promediando los ejercicios del año 2000 al 2002, ha sido de 250 ingresos/año, donde el 58,9% fueron varones y el 41,1% mujeres, con una media de edad de 36,5 años, y una estancia media de 11 días.

En relación a la dependencia la media fue de dos sustancias, donde la más prevalente fue la dependencia a opiáceos legales (pacientes en programa de metadona) 45,6%, seguida de la dependencia al alcohol 42,2%, cocaína un 38,9%, opiáceos ilegales y benzodiazepinas el 26,7%, y cannabis el 12,2%.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Imposibilidad de dejar de consumir, a pesar de distintos intentos ambulatorios.

Tipo de consumo





- Enfermedades orgánicas y/o trastornos psiquiátricos que requieran una observación o tratamiento especial como: estados psicóticos, sintomatología depresiva grave, ideación suicida, o enfermedad médica grave.
- Posibilidad de un síndrome de abstinencia grave: delirium tremens, crisis comiciales.
- Falta de soporte social.
- Consumo de múltiples sustancias o politoxicomanía.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD

- Completar satisfactoriamente la desintoxicación farmacológica.
- Obtener un diagnóstico psiquiátrico y neuropsicológico fiable.
- Propiciar un cierto aumento de la concienciación.
- Conseguir una orientación o derivación a un determinado recurso (programa de metadona, comunidad terapéutica, unidad de conductas adictivas, etc.).
- Facilitar la progresión del paciente hacia el siguiente estadio en su proceso de cambio (integración en grupos sanos, familia, búsqueda de trabajo, etc.).

PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO

Los ingresos en nuestra unidad son programados, no contemplándose el ingreso urgente.

El acceso de los pacientes a la unidad se lleva a cabo a través de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de referencia, a la que el paciente acude directamente o es derivado desde la Atención Primaria.

En el momento en que el paciente y su médico deciden que el tratamiento a seguir deberá realizarse en régimen hospitalario, se envía un informe del paciente mediante fax a la secretaria de nuestra unidad, quedando anotado en turno de lista de espera.

Unos días antes del ingreso se contacta con el paciente y se le informa de la ropa y enseres personales que podrá utilizar durante el ingreso.

INGRESO EN LA UNIDAD

El protocolo en nuestra unidad es semejante al utilizado en otras unidades a tal efecto. Una descripción pormenorizada se puede ver en Larger y López (2002).

El paciente es recibido por el personal de enfermería, se le acompaña a su habitación y tras proporcionarle un pijama y útiles para ducharse, valora su estado general, así como la posible tenencia de tóxicos.

A continuación, en presencia del enfermo se revisa su ropa y objetos personales dejándole los permitidos y guardándosele el resto en su taquilla, en el caso de elementos de aseo que tenga que utilizar y puedan ser potencialmente peligrosos se guardarán en control de enfermería (colonias, frascos de cristal, maquinillas de afeitarse, etc).

Seguidamente se lleva a cabo el control de constantes vitales, se exploran signos de intoxicación, abstinencia o sobredosis; se recogen datos sobre la hora, sustancias, cantidad y vía de administración del último con-

sumo; tipo de adicción habitual; problemas somáticos y psiquiátricos; problemas sociofamiliares; etc., hasta completar el Plan de Acción de Enfermería-Toxicómanos.

Seguidamente, se le informa sobre la unidad, normas, actividades y firma del contrato terapéutico, si lo acepta se le presenta al resto de pacientes ingresados y se le enseña la unidad, indicándole los espacios a los que no puede acceder (despachos, control enfermería y clínica, así como al resto de las habitaciones de los demás pacientes.

A continuación es entrevistado por el médico psiquiatra que lo evalúa y pauta tratamiento.

TRATAMIENTO MÉDICO

Dependerá de la droga de ingreso y del programa de alta (toma de antagonistas, ingreso en comunidad terapéutica, etc). Muy sucintamente, los tratamientos consisten en:

Alcohol

Benzodiazepinas a dosis decrecientes, un antimicrobial a dosis crecientes, y vitaminas del grupo B para evitar complicaciones neurológicas (síndrome de Korsakoff).

Heroína

Metadona a dosis decreciente, o clonidina.

- Desintoxicación parcial: se mantiene la cantidad de metadona que está tomando.

“CONTRATO TERAPÉUTICO - UNIDAD TOXICOMANÍAS”

El abajo firmante, se compromete a cumplir las normas siguientes:

- 1) El ingreso es voluntario y libremente aceptado por el paciente con el fin de recibir tratamiento de desintoxicación y posibles patologías asociadas.
- 2) Compromiso de no consumir ni disponer durante la estancia en la unidad, de drogas, incluido el alcohol.
- 3) Salvo autorización facultativa, el enfermo no tendrá información sobre el tipo de medicación que recibe.
- 4) Durante su ingreso, el paciente no podrá salir, ni recibir visitas, ni enviar o recibir correspondencia, salvo con autorización facultativa.
- 5) No se puede vestir ropa de calle en ningún momento dentro de la sala.
- 6) Se puede controlar en cualquier momento las pertenencias del enfermo, para descartar la presencia de fármacos o drogas.
- 7) Todo comportamiento o actitud manipuladora, negativa, que distorsione al grupo, pese a no infringir ninguno de los 6 puntos antes citados, puede ser motivo de ALTA DISCIPLINARIA.
- 8) El paciente que incumpla alguno de los siete puntos arriba indicados, será dado de ALTA EN LA UNIDAD DE TOXICOMANÍAS.

Valencia,2003



do y se aborda el resto de sustancias (alcohol, benzodiazepinas, cocaína, etc)

Las desintoxicaciones parciales se llevan a cabo cuando no es aconsejable la desintoxicación total, teniendo en cuenta la salud del paciente en su vertiente biológica, psicológica y social.

- Desintoxicación total: bajando la dosis de metadona, si no es muy alta por el tiempo de hospitalización; o clonidina.

Cocaína

Prevenir la posible sintomatología abstinencial: anticomieles (topiramato, gabapentina), inhibidores de la recaptación de serotonina, neurolépticos, y benzodiazepinas. Todo ello de modo muy empírico, según si el paciente tiende a la disforia, impulsividad, o ansiedad.

Benzodiazepinas

Benzodiazepinas de acción larga a dosis crecientes (diazepam), apoyando en un anticomieles para evitar crisis convulsivas, que se va aumentando conforme se bajan las benzodiazepinas.

Como los pacientes, en su mayoría, presentan un perfil politoxicómano, el tratamiento médico consistirá en su combinación.

Una descripción detallada de los tratamientos al uso se puede encontrar en Casas et al, 2002.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

El término " diagnóstico dual" hace referencia a pacientes con un trastorno por consumo de sustancias y otro diagnóstico psiquiátrico mayor. Las conexiones entre ambos trastornos pueden ser múltiples. Es posible que el trastorno psiquiátrico mayor sea previo a la aparición del trastorno por abuso

de sustancias, que aparezcan a la vez o que sea secundario al abuso de sustancias. Por tanto, los síntomas de abstinencia, intoxicación y las alteraciones secundarias de tipo cognoscitivo, afectivo, perceptivo o de personalidad son difíciles de diferenciar en un momento determinado de los trastornos psiquiátricos subyacentes; así, la obtención de una historia clínica minuciosa junto con la información procedente de otras fuentes colaterales, incluidos los antecedentes familiares, serán de capital importancia para realizar el diagnóstico diferencial (Mack et al 2003).

Existe una marcada relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y:

Trastornos del estado de ánimo, fundamentalmente los trastornos depresivos cuya prevalencia es de un 60%.

Trastornos psicóticos.

Trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno de angustia, y las fobias).

Deterioro neuropsiquiátrico grave, como la demencia producida por alcohol o el síndrome de korsakoff, o leve como en el caso del abuso a las benzodiazepinas.

PERSONALIDAD ADICTIVA

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, y se hacen patentes en una amplia gama de contextos personales y sociales. Solo en el caso de que los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, causen una incapacitación funcional significativa o una perturbación subjetiva es cuando se hablará de trastornos de la personalidad (DSM-IV).

Los trastornos de la personalidad han sido reunidos en tres grupos. El primero, o grupo A, incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Las personas que padecen estos trastornos son calificados como extraños o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Las personas con estos trastornos a menudo parecen teatrales, emotivas y volubles. En el grupo C se incluyen los trastornos por evitación, por dependencia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Las personas con estos trastornos a menudo parecen ansiosos o temerosos.

No existe una única característica psicológica para describir a los adictos a sustancias psicoactivas, sino que podemos encontrar diferentes personalidades al igual que las hallamos entre la población en general.

Hablaríamos de personalidad adictiva, en el momento en que el individuo convierte la droga en el centro de su vida, toda su vida gira alrededor del consumo, llegando a convertirse en su única prioridad.

Si tuviéramos que clasificar a los consumidores de sustancias psicoactivas según los criterios del DSM-IV, la mayoría de ellos estarían englobados en los trastornos de la personalidad del grupo B, con las siguientes características:

Antisocial

Una pauta generalizada de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican al menos cuatro de las siguientes características:

- 1) fracaso en adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el cometer re-

petidamente actos que son motivo de detención.

- 2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer;
- 3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- 4) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- 5) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia, o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- 7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.

Límite

Una pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y la autoimagen. La pauta se manifiesta por al menos cinco de las siguientes características:

- 1) relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternativas extremistas entre la superidealización y la desvalorización.
- 2) impulsividad al menos en dos áreas que pueden ser potencialmente peligrosas para el sujeto. Por ejemplo, despilfarro, actividades sexuales, uso de sustancias, robos, uso de sustancias.
- 3) inestabilidad afectiva: cambios marcados desde el estado de ánimo normal a la depresión, la irritabilidad, o la ansiedad que, por lo general, duran pocas horas y, más raramente, algunos días.
- 4) ira inapropiada e intensa o falta de control de este impulso.



- 5) amenazas, gestos o conducta suicidas repetidas, o conductas automutilantes.
- 6) trastorno de la identidad acusado y persistente, manifestado por incertidumbres respecto al menos dos de las siguientes características: autoimagen, orientación sexual, objetivos a largo término o elección de carrera, tipo de amigos y valores que se desean.
- 7) sentimiento crónico de vacío o de aburrimiento.
- 8) esfuerzos titánicos para evitar el abandono real o imaginario.

Histriónico

Una pauta generalizada de emocionalidad y de búsqueda de atención exageradas, que se pone de manifiesto por al menos cuatro de las siguientes características:

- 1) busca o solicita apoyo, aprobación o alabanza constantemente.
- 2) es sexualmente seductor de manera inapropiada en su apariencia o su conducta.
- 3) está exclusivamente preocupado por su atractivo físico.
- 4) expresa las emociones con una exageración inapropiada; por ejemplo, abrazos excesivos a conocidos casuales, llanto incontrolable por motivos sentimentales nimios y crisis de pérdida de nervios.
- 6) manifiesta cambios rápidos en la expresión de las emociones.
- 7) está centrado en sí mismo y sus acciones están dirigidas a obtener satisfacción inmediata; no tolera la frustración ni la demora de las gratificaciones.
- 8) su estilo de lenguaje es excesivamente impresionista y no incluye detalles.

Narcisista

Una pauta generalizada de grandiosidad (en fantasía o en conducta) y falta de empatía e hipersensibilidad a la evaluación de los demás, que se pone de manifiesto al menos por cinco de las siguientes características:

- 1) reacciona a las críticas con sentimientos de rabia, vergüenza o humillación (aunque no los expresa).
- 2) tiende a la explotación interpersonal, es decir se aprovecha de los demás para conseguir sus propios fines.
- 3) posee un sentimiento grandioso de la propia importancia.
- 4) considera que sus problemas son únicos y que pueden ser entendidos sólo por otros individuos también especiales.
- 5) está preocupado por fantasías de éxito, poder; brillo, belleza o amor ideal ilimitados.
- 6) posee un sentimiento de categoría, es decir; una expectativa irrazonable de recibir un trato especialmente favorable.
- 7) pide atención y admiración constantes.
- 8) falta de empatía: incapacidad para reconocer y experimentar lo que los otros sienten.
- 9) está preocupado por sentimientos de envidia.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

En relación con los trastornos de la personalidad, la tarea de la enfermería será de contención y manejo de las emociones e impulsos que el paciente descarga en la transferencia.



La transferencia consiste en la repetición de actitudes previamente adquiridas, el paciente exterioriza fuertes afectos que pueden surgir en forma de ansiedad o de alegría, amor intenso u odio amargo. Esto es debido a que interpreta erróneamente el presente en términos del pasado, es decir, transfiere al presente actitudes del pasado, y todo ello en el marco de la abstinencia donde puede haber un aumento de la tensión interna más allá del límite de lo soportable (Fenichel 1997).

Estas proyecciones del paciente van a provocar en nosotros el fenómeno de la contratransferencia, que es la actitud emocional hacia el paciente, lo que surge como resultado de la influencia de este sobre nuestros sentimientos, esto es, el odio y el amor que aparecen como respuesta a su personalidad y su comportamiento, y hemos de ser capaces de contener esos sentimientos que suscita en nosotros, en lugar de descargarlos como hacen ellos, a fin de emplearlos en nuestra tarea terapéutica de comprenderlos (Coderch 1990).

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Como señala Granada López J.M.(2003), para la valoración de enfermería se utilizará una entrevista semiestructurada o abierta que recoja, agrupada por patrones funcionales (Gordon, 1996), información relativa a los diagnósticos presentes con mayor frecuencia en patología psiquiátrica.

Mediante el diagnóstico de enfermería se identificarán los cuidados que precisa el paciente, teniendo en cuenta sus necesidades fundamentales (McFarland y wasli, 1986), que deben estar cubiertas para su funcionamiento individual y en su entorno, agrupadas se-

gún los patrones funcionales definidos por Gordon, que cuando aparecen como disfuncionales llevan directamente a los diagnósticos de enfermería propuestos por la NANDA.

Centrándonos en los trastornos de la personalidad del grupo B:

Personas con conducta emocional, extrovertida, inestable:

- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno narcisista de la personalidad
- Trastorno antisocial de la personalidad

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes:

Patrón 1 Percepción/mantenimiento de la salud.

- Riesgo de lesión

Patrón 7 Auto percepción/autoconcepto.

- Ansiedad
- Trastorno de la autoestima

Patrón 10 Adaptación/tolerancia al estrés.

- Riesgo de automutilación
- Riesgo de violencia:lesiones a otros
- Riesgo de violencia:autolesiones
- Afrontamiento defensivo

En este grupo se identifica el riesgo de lesión relacionado con el consumo de drogas o alcohol, se debe minimizar este riesgo, explicando al paciente todas las consecuencias de esta conducta para su salud.

En caso de presencia de ansiedad, junto al paciente, se identificarán las posibles causas desencadenantes, valorar en qué modo interfiere en su vida diaria y los recursos per-



sonales para adaptarse. Puede resultar útil que la persona aprenda un método de relajación de fácil y rápida aplicación ante la aparición de ansiedad, o para realizar antes de enfrentarse progresivamente a situaciones que le resulten estresantes, esto favorecerá que las pueda asumir sin renunciar a ellas, disminuyendo la evitación de esas situaciones y su repercusión en la vida normal.

De igual modo, en el caso de que aparezca baja autoestima, la intervención estará encaminada a identificar las situaciones desencadenantes de ese problema. Sobre esto se reconducirá la manera de afrontar los problemas por parte del paciente, su capacidad, los recursos de toda índole con los que cuenta. El posicionamiento del enfermero debe ser lo más imparcial posible, se debe colaborar con el paciente para que pueda tomar sus decisiones cuando se vea capacitado. Una situación de baja autoestima puede hacer que éste no asuma sus responsabilidades, o tome otras decisiones diferentes de las que optaría en una situación normalizada.

De una forma realista se le puede animar a realizar actividades que puedan reforzar su autoestima, comenzando por las menos exigentes; también puede colaborar enfrentándose a situaciones de ayuda a otras personas que no le requieran mucho esfuerzo personal y de las que obtenga un rápido beneficio.

Junto a la persona hay que valorar su capacidad de adaptación a nuevas situaciones, estrés que le generan y las conductas de evitación secundarias.

Es muy importante identificar apoyos en personas de su entorno, instituciones, asociaciones, grupos, y cualquier otro recurso social que le ayude a afrontar situaciones potencialmente generadoras de ansiedad o baja autoestima.

Establecer una relación eficaz con el paciente, siendo realistas, animando los logros y reconduciendo actitudes negativas, evitar actitudes de sobreprotección o de exagerada alabanza. Que el paciente sea capaz de comunicar sus sentimientos con confianza y que la escucha sea útil para su evolución.

Si se considera riesgo de autolesión, extremar la vigilancia, incluso pidiendo colaboración con el resto de pacientes.

Poner límites, con una actitud de seguridad y calma, sin perder los papeles ni competir en agresividad. No agobiar al paciente, no invadir su terreno, evitar actitudes que puedan ser interpretadas como agresivas. Explicar todo lo que se está haciendo y con qué objetivo.

Limitar las situaciones de agresividad verbal o física, hacerle saber que no se le permitirá que pueda hacer daño a los demás o a sí mismo y que si fuera preciso se podría utilizar un alta disciplinaria.

Si aparecen ideas de suicidio se debe favorecer que el paciente las exprese, que lo haga saber cuando lo piense, que hable con confianza, pero evitando ganancias secundarias por amenazas o conductas de autoagresión, explicarle que por esa vía no conseguirá nada, pero sin que suponga un castigo.

¿CÓMO PERCIBE EL PROFESIONAL DE LA SALUD AL TOXICÓMANO?

- Centra el pensamiento en sí mismo y en sus necesidades.
- Tiene dificultades para tolerar cualquier nivel de ansiedad o afrontar situaciones.
- Encuentra escasas satisfacciones en la vida, y busca un estado continuo de felicidad.



- Es muy exigente, especialmente con la medicación.
- Se sobresalta (enfada) por tener que esperar; amenaza con irse, llama constantemente al médico.
- Se queja de los miembros del equipo.
- Su necesidad de atención es siempre urgente y también sus peticiones.
- El cambio de turno es el momento especialmente oportuno para que plantee nuevas exigencias y quejas, aprovechando la falta de información del equipo entrante.
- Juegan con el temor del personal (instigación, amenazas,...).
- Manipulan al equipo para que cubra sus necesidades a través de la adulación, induciéndoles sentimientos de culpabilidad, o cuestionando su competencia.
- Cuando se le contradice o desbarata un plan, puede marcharse, enfurecerse, vociferar o adoptar una actitud sumamente indignada, agresiva o también sumisa como un niño asustado.
- Consideran al profesional como persona amenazadora, una autoridad represiva. Su actitud es precavida y desconfiada con el equipo puesto que no quieren ser juzgados o rechazados.
- Son insolidarios con sus compañeros, excepto cuando su objetivo es el de manipular al equipo, entonces muestran una falsa cohesión de grupo.
- Su tolerancia a la frustración es prácticamente nula.

Por todo lo anterior, es conveniente tener presentes las siguientes recomendaciones en el trato:

- Razonar siempre las actitudes del equipo.
- No utilizar la misma terminología que los pacientes.
- No permitir recibir bromas de tono vulgar; argumentando el trato correcto.
- No discutir elevando el tono de voz, gesticular en exceso, ...
- Mostrar siempre serenidad y seguridad.
- No manifestar intimidación.
- Tratar a todos por igual, no mostrar favoritismos.
- Extremar las normas de educación.
- No permitir ni escuchar críticas de compañeros.
- No mostrar dudas acerca del equipo.
- Las actitudes y los criterios han de ser los mismos en todos los miembros del equipo.
- Evitar mensajes confusos.

TÉCNICAS FACILITADORAS DEL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE DESINTOXICACIÓN

Cualquier intervención que aumente la posibilidad de que un adicto inicie o mantenga estrategias de cambio activo es una intervención motivacional (Caldafalch y Casas 1993), entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Técnicas de relajación, que permiten que el paciente tome papel activo en el proceso, infiriéndole un cierto nivel de autoeficacia frente a la habitual indefensión, y le proporciona un medio útil para



HOJA DE BALANCE DECISIONAL

Dejar de consumir Anticipaciones positivas Anticipaciones negativas

| | | |
|---|--------------------|--------------------|
| Ganancias y pérdidas tangibles para mí mismo | 1. 2. 3. ... | 1. 2. 3. ... |
| Ganancias y pérdidas tangibles para los demás | 1. 2. 3. ... | 1. 2. 3. ... |
| Autoaprobación o autodesaprobación | 1. 2. 3. ... | 1. 2. 3. ... |
| Aprobación o desaprobación social | 1. 2. 3. ... | 1. 2. 3. ... |

enfrentarse al posterior deseo de consumir.

- Proporcionar información respecto al proceso de cambio. Consiste en dar una visión panorámica del proceso de cambio, resaltando su carácter fásico y gradual, y definiéndolo como un proceso de adquisición de habilidades de afrontamiento.
- Intervenciones respecto a la autoimagen. Imagen subjetiva como adicto comparada con imagen como ex-adicto. La comparación puede revelar la existencia de ciertos elementos que tengan que incluirse en la intervención terapéutica posterior (habilidades sociales, etc). Por sí misma es aversiva y motivante.
- Entrevista motivacional. Características:
 - Mantener un nivel de empatía (clara aceptación y comprensión, sin ningún tipo de prejuicios.
 - Enfatizar la responsabilidad individual.

Es el paciente quien tiene la responsabilidad de tomar decisiones y no el terapeuta.

Favorecer la autoatribución interna de proceso de cambio. Es el paciente su propio agente de cambio. El es quién lo realiza, nosotros solo le ayudamos.

Provocar un estado de disonancia cognitiva (mediante la aportación de información objetiva respecto a consecuencias médicas y psicológicas de la conducta adictiva.

- Hoja de balance decisional y Matriz de decisiones.

En la hoja, el paciente tiene que anotar para cada una de las alternativas conductuales (dejar el consumo o proseguirlo, por ejemplo), sus anticipaciones respecto a los siguientes elementos: ganancias y pérdidas tangibles para él mismo, ganancias y pérdidas tangibles para los demás, autoaprobaciones y autodesaprobaciones, aprobaciones y desaprobaciones sociales.



En la matriz de decisiones, tiene que anotar sus expectativas respecto a las consecuencias inmediatas (positivas y negativas) tanto de dejar de consumir o permanecer abstinentemente, como de continuar o reiniciar el consumo de la heroína. Con esto se produce un cierto aumento de la concienciación y un determinado nivel de autoreevaluación.

- La revisión, conjuntamente con el paciente, de los resultados obtenidos en las diferentes exploraciones realizadas. La finalidad principal es la de intensificar la concienciación del paciente respecto a su problemática. Esta revisión de la información clínica y conductual tiene que realizarse de forma objetiva y no moralizadora, evitando etiquetas e intentado elicitación verbalizaciones automotivadoras por parte del paciente.
- Función didáctica. Proporcionar información sobre los mecanismos de acción y las consecuencias a corto y largo plazo de la adicción sobre: salud física, bienestar psicológico y funcionamiento familiar, laboral y social; seguida por una discusión con el paciente en la que se relacione directamente dicha información con sus experiencias cotidianas.
- La técnica gestáltica de las sillas calientes. El paciente adopta, en un primer momento, el rol de adicto o de prorecaída, y argumenta en favor de dicha posición o estilo de vida frente al contrario, simbolizado por la silla situada enfrente del paciente. Posteriormente, el paciente cambia de silla y adopta la posición contraria (antirecaída o promantenimiento de la abstinencia) e intenta contrarrestar los argumentos propuestos en un primer momento. Mediante esta técnica de confrontación de argumentaciones, las

racionalizaciones y distorsiones de la argumentación en favor de la adicción pueden ser formuladas abiertamente y adecuadamente contestadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Caldafalch, J.** y **Casas, M.** 1993. El paciente heroínmano en el hospital general. Bilbao: Didot s.a.
- Casas, M.;** **Collazos, F.;** **Ramos Quiroga, J.;** **Roncero, C.** 2002. (eds). Psicofarmacología de las drogodependencias. Barcelona: Fundación promedic.
- Coderch, J.** 1990. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona. Herder.
- DSM-IV.** 1995. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson.
- Fenichel, O.** 1997. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Mexico: Paidós.
- Granada López, J.M.** 2003. Cuidados de enfermería en los trastornos de la personalidad. En Rubio V. y Pérez A. (eds), Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier de.
- Gordon, M.** 1996. Diagnóstico enfermero. Barcelona. Mosby/Doyma.
- Larger, F.** y **López, F.** 2002. Manual de drogodependencias para profesionales de la salud. Barcelona: Ediciones LU.
- Mack, A.H.;** **Franklin J.E.;** **Frances, R.J.** 2003. Guía tratamiento del alcoholismo y las adicciones. Barcelona: Masson.
- McFarland, G., Wasli, E.** 1986. Nursing diagnoses and process in psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Lippincott.