

Moya Sánchez, María, TFG.

por María Moya Sánchez

ARCHIVO	17610_MARÍA_MOYA_SÁNCHEZ_MOYA_SÁNCHEZ__MARÍA__TFG._969036_1496834574.PDF (1.14M)		
HORA DE LA ENTREGA	25-ABR-2017 11:31P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	14553
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA804809767	SUMA DE CARACTERES	81358



Trabajo Fin de Grado.

Título:

***“Atención de enfermería a paciente
consumidor de cocaína y con trastorno
límite de la personalidad. A propósito de
un caso de patología dual.”***

Alumno: María Moya Sánchez.

Director: Jesús Morente López.

Madrid, 26 de abril de 2017

“La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor de vida para el suicida, la pierna del amputado, los ojos del recientemente ciego, el medio de locomoción para el infante y una voz para aquéllos demasiado débiles para hablar”

Virginia Henderson.

Índice:

–Resumen.....	4
–Abstract.....	4
–Presentación.....	5
–1. Estado de la cuestión.....	6
1.1. Fundamentación.....	6
1.1.1. Droga y drogodependencia: epidemiología y datos de consumo.....	6
1.1.1.1. La cocaína: Efectos, datos epidemiológicos y relación con las enfermedades mentales.....	7
1.1.2. Enfermedad mental y cocaína: Relación y datos epidemiológicos.....	10
1.1.2.1. El trastorno de personalidad: Definición, incidencia y tipos.....	11
1.1.2.1.1. Trastorno límite de personalidad: Descripción e incidencia.....	13
1.1.3. Características generales del adicto a la cocaína con trastorno límite de personalidad.....	13
1.1.3.1. Características del usuario adicto.....	13
1.1.3.2. Características del usuario con trastorno límite de la personalidad.....	16
1.1.4. Recursos asistenciales: Niveles, personal implicado y función de enfermería.....	17
1.1.4.1. Personas implicado en el tratamiento de la Patología Dual.....	18
1.2. Justificación.....	21
–2. Objetivos.....	22
2.1. Objetivo general.....	22
2.2. Objetivos específicos.....	22
–3. Presentación del caso.....	23
–4. Instrumentos de valoración.....	27
–5. Desarrollo del Plan de Cuidados.....	29
–6. Resultados.....	38
–7. Conclusiones.....	38
–8. Bibliografía.....	39
–Anexos.....	43

Resumen:

La cocaína es una de las principales drogas consumidas entre la población. Este consumo, en muchos casos, suele ir asociado a enfermedades psiquiátricas como es, en esta situación, el trastorno límite de la personalidad. Este binomio, donde se combina la adicción y la enfermedad mental, es denominado Patología Dual. El objetivo de este trabajo es presentar un estudio de caso donde la Patología Dual se valore desde el punto de vista de enfermería de forma integral e individualizada, donde se tengan en cuenta todos los aspectos del sujeto. Para ello se utilizará la valoración enfermera a partir de los Patrones Funcionales de M. Gordon, por entenderse que es la que mejor se ajusta a esta situación. Posteriormente, se expondrán los diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras a partir de la taxonomía NANDA/NOC/NIC. Los resultados obtenidos pretenden ser satisfactorios, demostrando así la importancia de tratar la adicción y la enfermedad mental de forma conjunta.

Palabras clave: Valoración enfermera, cocaína, patología dual, trastorno límite de la personalidad.

Abstract:

Cocaine is one of the most consumed drugs among the population. This consumption, in many cases, is usually associated with psychiatric diseases, as is, in this situation, the borderline personality disorder. This binomial, which combines addiction and mental illness, is called Dual Pathology. The objective of this work is to present a case study where the Dual Pathology is valued from the point of the nursing view in an integral and individualized way, where all aspects of the subject are taken into account. To do this, the nurse assessment will be used from the Functional Patterns of M. Gordon, because it is the one that best fits in this situation. Subsequently, the nursing diagnoses, objectives and interventions will be exposed from the NANDA / NOC / NIC taxonomy. The results obtained are intended to be satisfactory, thus demonstrating the importance of treating addiction and mental illness together.

Key words: Nursing care, cocaine, diagnosis dual, borderline personality disorder.

Presentación:

Mi motivación para la elección del tema, así como la realización de mi trabajo ha sido mi paso durante el grado por el área de psiquiatría en las primeras prácticas, así como que mi primera toma de contacto con el mundo laboral fuese en un centro psiquiátrico.

Al empezar la carrera, en ningún momento se me pasó por la cabeza ser enfermera en Salud Mental, sin embargo, tras un primer contacto con este campo me pareció algo apasionante en donde, a diferencia con otras especialidades enfermeras, el trato con el paciente, así como el establecimiento de una relación de confianza, es fundamental en el desarrollo de la enfermedad de los usuarios, unos de los pilares básicos por los cuales decidí ser enfermera.

La decisión de por qué escogí que mi tema fuese una relación salud mental- drogas es muy sencilla, tras el trato con estos usuarios me di cuenta de una cosa: la mayoría de ellos habían sido consumidores de algún tipo de droga, ¿a qué se debía?, ¿había alguna relación? En mi afán de resolver esas incógnitas decidí, pasados tres años, que qué mejor forma de hacerlo que escogiendo de tema para el trabajo de fin de grado la Patología Dual.

Considero que la enfermería tiene un campo de actuación muy acotado dentro del área de Salud Mental ya que, muchos de los enfermeros y enfermeras que trabajan en este tipo de centros, así como en Centros de Atención Integral a Drogodependientes me han referido que su función se limita prácticamente a la dosificación y reparto de medicación, así como que no existe mucha documentación dentro del campo de enfermería al respecto. Al escuchar esto, lo primero que se me vino a la cabeza fue pensar: “no quiero que mi función en un futuro, si me dedico a la Salud Mental, se limite a la administración de medicamentos”. Por lo que, animo a todo enfermero y enfermera que le apasione su profesión tanto como a mí que amplíe sus horizontes y no se limite a eso, que ponga en práctica todo aquello que hemos aprendido durante la carrera: educación para la salud, prevención y promoción, apoyo psicológico tanto al paciente y la familia, etc. y documente sus esfuerzos, para que, en un futuro, si alguien decide escoger un tema parecido al mío no le digan “yo que tú cambiaba de tema porque la enfermera solo se dedica a repartir pastillas”. Con este trabajo, intento abrir este campo y aportar mi pequeño grano de arena.

Gracias a mi madre por su apoyo y ayuda incondicional, a mi tutor Jesús por la excelente disposición y los ánimos, a Leo por su compañía durante las largas horas de trabajo y a mis pacientes de la Mini-Residencia por enseñarme la esencia de esta profesión.

1. Estado de la cuestión:

1.1. Fundamentación:

1.1.1. Droga y drogodependencia: Epidemiología y datos de consumo:

Se habla de droga para referirse a aquellas sustancias depresoras, estimulantes o alucinógenas que afectan al comportamiento, teniendo efectos nocivos sobre la salud, la interacción social y los procesos mentales y que, cuyo uso de forma compulsiva, es difícil de evitar (1). Ese uso excesivo se denomina dependencia o adicción definiéndose ésta como “grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas” (2).

Durante el año 2015, 247 millones de personas consumieron drogas, tendencia que se ha ido aumentando durante los últimos años. El cannabis, es la droga más consumida en el mundo (con 183 millones de consumidores en el año 2014) seguida de las anfetaminas y los opioides (33 millones). Sin embargo, mientras el empleo de estas sustancias parece mantenerse estable, desde el año 2010 ha aumentado el uso de la cocaína, principalmente en los países de América del Sur (3).

Si nos centramos en España, este cuadro de consumo varía ligeramente, siendo las sustancias más frecuentes el alcohol (78,3%), tabaco (40,7%), hipnosedantes (12,2%), cannabis (9,2%) y la cocaína, que se situaría en el 2,2% de usuarios. Los hombres, serán los principales compradores, a excepción de los hipnosedantes donde existe un claro predominio de mujeres (16% frente al 8,5%) (4).

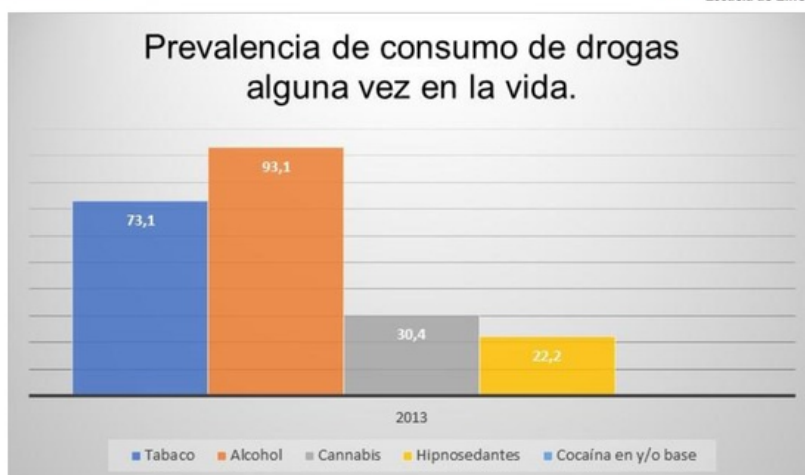


Gráfico 1: Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en porcentaje en la población de 15-64 años en España. 2013. (4)

1.1.1.1. La cocaína: Efectos, datos epidemiológicos y relación con las enfermedades mentales:

La cocaína es una droga estimulante que genera una gran dependencia y cuyo fin, en un primer momento, era analgésico. Es extraída de las hojas de coca, pero para su venta tiene una apariencia en polvo, blanco y cristalino, siendo mezclada con otras sustancias como harina, bicarbonato, talco, otros fármacos o anfetaminas. Dentro de la jerga callejera, recibe nombres como "Coca", "Farlopa", "Nieve" o "Perico" entre otros (5).

Sus formas principales de administración son la oral (la sustancia es frotada en las encías), intravenosa (la cocaína es disuelta en agua y se inyecta directamente al torrente sanguíneo), intranasal (los usuarios inhalan el polvo a través de las fosas nasales, en donde es absorbido) o inhalada (la sustancia es fumada) (6).

Esta droga, previene la absorción de dopamina en las terminales presinápticas y la aumenta en las sinápticas. También bloquea la recaptación de serotonina y norepinefrina por lo que, la disminución de los niveles de estos transmisores provoca los efectos de su consumo, los cuales aparecen de forma rápida tras su administración, prolongándose durante unos minutos o una hora. (7).

En pequeñas cantidades, aumenta la sensación de energía del usuario,

sintiéndose eufórico, energético, alerta, etc. A nivel fisiológico, produce vasoconstricción, dilatación de pupilas y un aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial. Sin embargo, si se consume en grandes cantidades, puede llevar a comportamientos violentos o paranoicos. En cuanto a nivel cardiovascular, puede producir trastornos del ritmo cardíaco o infartos; los efectos neurológicos, consistirán en dolores de cabeza, convulsiones, incluso pudiendo llegar a accidentes cerebrovasculares y coma (6).

Cuando los consumos son prolongados, surge la necesidad de aumentar las dosis para lograr los mismos efectos (aparece la denominada tolerancia) (1), haciendo que los efectos adversos sean cada vez más fuertes.

Consumo en pequeñas cantidades.	Consumo en grandes cantidades
Euforia.	Dolor de cabeza.
Dilatación de pupilas.	Infartos.
Aumento de frecuencia cardíaca y tensión arterial	Convulsiones.

Tabla 1: Efectos del consumo de cocaína (6).

Por un lado, se dañan muchos de los órganos corporales, disminuye el riego sanguíneo del intestino, el riesgo de infarto y rotura de aorta aumenta y tiene lugar un notorio deterioro de las capacidades cognitivas. Por otro lado, las vías de administración se ven muy dañadas: pérdida del sentido del olfato, ronquera, problemas de deglución y riesgo de contraer enfermedades infecciosas como la hepatitis C o el VIH (8,9).

En España, un total del 1,7 % de la población consumió cocaína en polvo, siendo los hombres los mayores demandantes de esta sustancia (4).

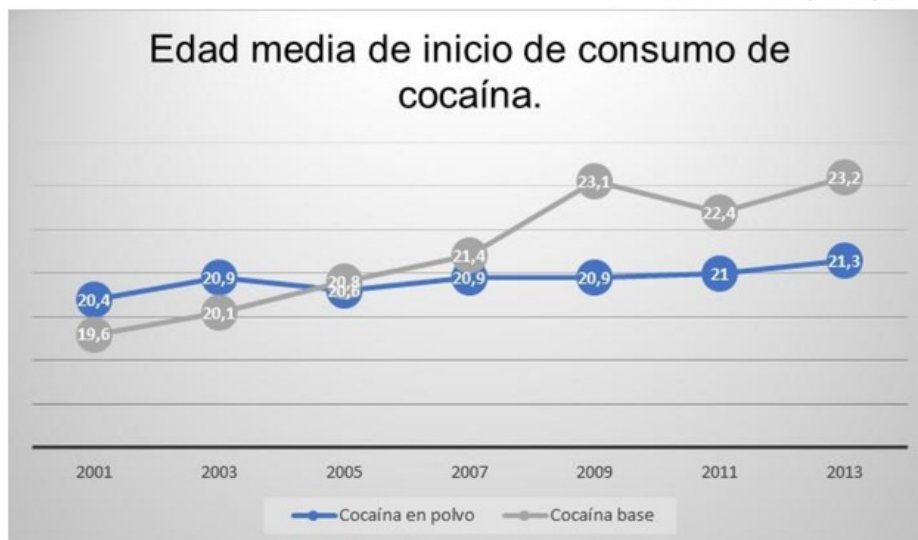


Gráfico 2: Edad media de inicio de consumo de cocaína entre la población de 15-64 años. España 2001-2013 (4).

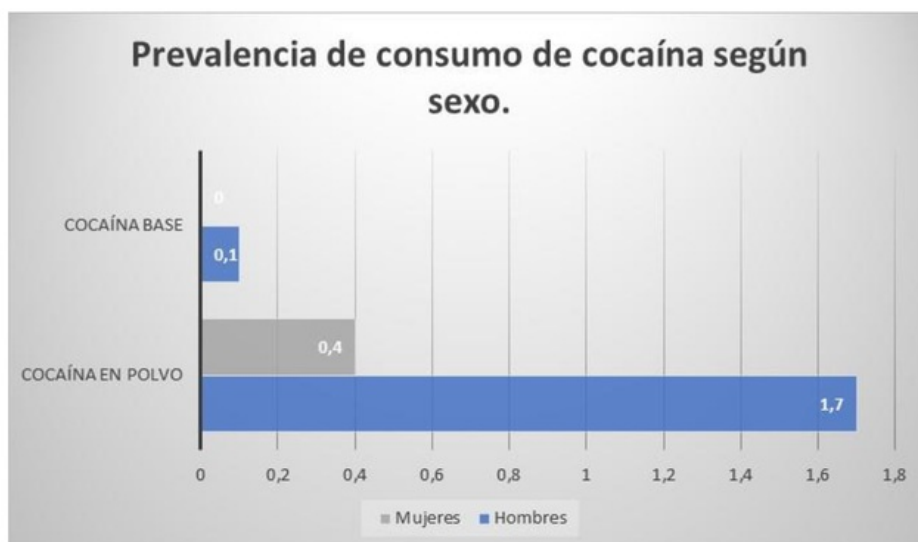


Gráfico 3: Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según sexo. España. 2013. (15)

Como se ha comentado anteriormente, el consumo prolongado y a altas dosis de esta sustancia puede desencadenar cuadros psicóticos. En el mundo, un total de

29 millones de personas padecen trastornos relacionados con sustancias. Este binomio, en el que se combina la adicción y la enfermedad mental es denominado Patología Dual.

Sin embargo, un uso continuado de una sustancia, no desencadena necesariamente un trastorno mental ya que, se puede dar por dos vías: por un lado, que personas sin trastornos mental previo pero, con antecedentes de consumo lleguen a desarrollar una patología psiquiátrica y, por otro lado, que personas con trastorno mental comiencen a consumir drogas para disminuir su sintomatología (3,10,11).

1.1.2. Enfermedad mental y cocaína. Relación y datos epidemiológicos:

Se define enfermedad mental como "cualquier trastorno que afecta al ánimo o al comportamiento". Existe una gran variedad de ellas clasificándose en seis grandes grupos: depresión, trastornos afectivos-bipolares, psicosis, demencia, discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo. Aunque cada una se manifiesta con características diferentes, existen puntos comunes como la alteración del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás (1,12).

En cuanto a la cocaína, existen 9 trastornos relacionados con ella (13,14):

- Intoxicación: (Anexo I)
- Abstinencia: (Anexo II)
- Delirium por intoxicación por cocaína: Alteración de conciencia relacionada con la intoxicación por cocaína que se acompaña de la reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, cambios en las funciones cognitivas de inicio en un corto periodo de tiempo y fluctuaciones a lo largo del día.
- Trastorno psicótico: En él no se incluirán alucinaciones e ideas delirantes ya que, forman parte del cuadro de intoxicación. Este tipo de psicosis, suele ser autolimitada y cede en las horas siguientes al consumo.
- Trastorno del estado de ánimo: Su clínica suele presentarse con síntomas depresivos, maniacos o mixtos que superan en intensidad y gravedad a los

que aparecen en la intoxicación y abstinencia.

- Trastorno de ansiedad: Engloba aquellos cuadros de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno por estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos sexuales: Tienen su inicio durante el cuadro de intoxicación y se caracterizan por una alteración en la respuesta sexual habiendo frecuentemente un aumento del deseo y un retraso del orgasmo.
- Trastorno del sueño: Se relaciona directamente con los efectos fisiológicos de esta sustancia. El insomnio suele ser el síntoma más habitual en la intoxicación mientras la hipersomnia está relacionada con la abstinencia.
- Trastorno no especificado.

En el estudio de Arias F et al, se considera que, en la Comunidad de Madrid aproximadamente un 73,4% de los adictos a la cocaína tienen un diagnóstico dual, de los cuales, en el 49,6% de los casos se trata de un trastorno de la personalidad donde destacan especialmente el trastorno antisocial de personalidad y el trastorno límite de la personalidad. Un 94,9% de los consumidores de cocaína tienen otros diagnósticos asociados a trastornos por uso de sustancias (15).

Como vemos, son muchas las enfermedades mentales relacionadas con la cocaína, pero son varios los estudios que la relacionan principalmente con los trastornos de personalidad y, especialmente, en los de tipo B límite y antisocial (10,15,16).

1.1.2.1. El trastorno de personalidad: Definición, incidencia y tipos:

Un trastorno de personalidad es “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto”(13).

La prevalencia de esta enfermedad en la Comunidad de Madrid varía entre un 5,9% y un 22,5% (17).

El DSM-V, distingue diez tipos de trastornos de la personalidad agrupados en tres grandes categorías (18):

A. Raros o excéntricos: Caracterizados por un patrón penetrante de cognición, expresión y relaciones anormales con otros.

- Paranoide: Desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva.
- Esquizoide: Dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos, indiferencia a la aprobación o crítica.
- Esquizotípico: Anormalidades de la percepción, pensamiento, lenguaje y de la conducta, que no llegan a reunir los criterios para la esquizofrenia.

B. Dramáticos, emotivos o inestables: Caracterizados por un patrón penetrante de violación de las normas sociales, con comportamientos auto-abusivos o arranques de rabia.

- Antisocial: Conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás.
- Límite: Inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.
- Histriónico: Conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.
- Narcisista: Sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración.

C. Ansioso o temeroso: Caracterizadas por un patrón penetrante de temores anormales en las relaciones sociales, separación y necesidad de control

- Evitativo: Hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza, retraimiento social a pesar del deseo de afecto y baja autoestima.
- Dependiente: Pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias, subordinación e incapacidad para valerse solo, falta de

confianza en sí mismo.

- Obsesivo-compulsivo: Perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y rendimiento; dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

Como vemos, el trastorno límite de la personalidad pertenece al grupo B: Dramáticos, emotivos o inestables. Este tipo de enfermedad, es una de las más relacionadas con la cocaína (16).

1.1.2.1.1. Trastorno límite de la personalidad: Descripción e incidencia:

Esta enfermedad, también conocida como borderline, se caracteriza porque la persona muestra una elevada sensibilidad, así como una vivencia de las emociones muy intensas. Por esta razón, intentan huir de la situación, refugiándose en conductas como la promiscuidad, alcohol, drogas o juego. En ocasiones, presentan dificultad para identificar esas emociones y expresarlas, lo que genera actuaciones de ira ante situaciones aparentemente sencillas.

Por lo tanto, los factores que definen principalmente este trastorno son la inestabilidad e impulsividad y su diagnóstico, está basado en nueve criterios de DSM-IV, debiendo cumplir al menos cinco de ellos (Anexo III) (19).

Aproximadamente el 2% de la población española sufre trastorno límite de personalidad, es decir, unas 92.000 personas (20).

En resumen, las personas consumidoras de cocaína y con trastorno límite de personalidad tendrán, por un lado, un deterioro físico provocado por los efectos de la droga en el organismo y por otro, un carácter basado en la inestabilidad emocional e impulsividad debido, tanto al trastorno como al consumo.

1.1.3. Características generales del adicto a la cocaína con trastorno límite de la personalidad:

1.1.3.1. Características del usuario adicto.

La adicción es una enfermedad tanto social como de salud pública que afecta a todos los grupos socioeconómicos, etarios, a ambos géneros y culturas, ya sean nacionales o mundiales. Sus causas son varias,

debiéndose dar la combinación de varios factores (10,21):

- Factores probados (10,21):

- Edad de inicio del consumo: Las edades tempranas (17-20 años) y periodos de desarrollo del cerebro, son factores determinantes para la aparición de la adicción.
- Vía de administración: La vía intravenosa suele dar más cuadros alucinatorios siendo ésta más adictiva ya que, la sustancia pasa directamente al torrente sanguíneo
- Dosis: A mayor dosis, mayor será la tolerancia y la dependencia.
- Vulnerabilidad neurobiológica: Se ha observado que los factores p50, p100 y p200 son deficientes en los dependientes a la cocaína, por lo que se considera un factor de predisposición a la adicción
- Biogenética: La interacción entre lo genético y lo ambiental tiene una gran influencia en la adicción. Los factores ambientales son para su desarrollo, contribuyendo los factores genéticos en un 40-60%, por lo que, los genes no son la causa de la enfermedad, sino que confieren una susceptibilidad para la aparición de la misma.
- Características psíquicas del individuo: Comportamientos de inmadurez, odio, la orfandad, soledad, la exposición a estrés en una edad temprana se demuestran como predictores de la psicopatología.
- Familiares: La familia es un factor determinante en el desarrollo de la adicción. Una disfunción y desorganización suelen ser el desencadenante para el inicio del consumo.

- Factores en estudio:

- Duración del consumo: Cuantos más años lleve consumiendo la persona, mayor será su predisposición a sufrir los efectos del consumo, así como el desarrollo de otras enfermedades relacionadas con la adicción
- Índice de masa corporal (IMC): Un IMC bajo es asociado con un mayor

riesgo de padecer esta enfermedad, mientras que uno alto es considerado un factor de protección.

- Género: Varios estudios han demostrado diferencias significativas en lo relativo al género. Por lo general, los hombres tendrán un mayor consumo que las mujeres. Sin embargo, en lo referente a la Patología Dual será al revés (70% de mujeres frente al 48% de varones) (22).
- Consumo de otras sustancias: Los hombres presentarán un mayor policonsumo que las mujeres (13% frente al 9%), destacando especialmente el uso de sedantes y opiáceos (23).
- Comorbilidad con otros trastornos.

Los pacientes que presentan una drogodependencia, también tienen unos comportamientos y características comunes en su personalidad (21):

- Inconsciencia de la enfermedad: El adicto no se siente enfermo, aunque comprende que lo que hace es incorrecto. En primera instancia negará su adicción, luego la minimizará argumentando que lo puede controlar.
- Carencia de voluntad: El paciente carece de voluntad suficiente para controlar o cesar el consumo. Progresivamente, la adicción lo degrada convirtiéndolo en una persona carente de autonomía, dependiente de la droga.
- Oposición al tratamiento: Esta conducta es debida fundamentalmente a la inconsciencia de enfermedad. Comúnmente, se muestra desmotivación o rechazo a la ayuda, en otros casos simulan aceptarla. En últimas instancias, el adicto acaba denunciando a la familia o al médico acusándoles de secuestro.
- Insensibilidad: En estadios avanzados, la persona pierde todo tipo de empatía, sensibilidad y compasión.
- Doble vida: El usuario suele llevar a cabo un doble patrón de vida. Por un lado, tendrá una apariencia familiar con un entorno social sano mientras que por otro lado, tendrá otra oculta siendo común que la familia desconozca su drogadicción.

- Conducta disocial: La conducta social del adicto se trastorna debido a la progresiva pérdida de valores, adoptando carácter de manipulación, simulación, chantaje, agresividad...
- Rol de víctima: El usuario responsabiliza a otros de su tragedia personal, demostrando incapacidad de autocrítica.
- Estulticia: Su comportamiento es obcecado, irreflexivo, desordenado, perturbador.
- Intolerancia: No acepta ideas distintas a las suyas ni sugerencias para una mejora.
- Irritabilidad: Se exaspera fácilmente, mostrándose hiperactivo e intratable, reacciona de forma explosiva, vociferando e intimidando.
- Agresividad: Se muestra hostil e intimidante.
- Actitud paradójica: Siendo un enfermo, se encuentra la persona más sana.
- Autoendiosamiento: La persona se cree muy hábil e invencible. Considerando que es capaz de engañar a cualquiera: su familia, personal sanitario, etc.
- Autodestructividad: El usuario se destruye progresivamente a sí mismo.
- Comorbilidad: Normalmente, la drogadicción tendrá presencia con otros trastornos psiquiátricos.

1.1.3.2. Características del usuario con Trastorno Límite de Personalidad (TLP):

El comportamiento de los pacientes con TLP siguen un patrón común, caracterizado principalmente por relaciones interpersonales problemáticas, inestabilidad afectiva e impulsividad, siendo muchos los artículos que destacan las conductas recurrentes suicidas, intensas relaciones personales, la impulsividad y la inestabilidad afectiva en este tipo de personas (24,25). Éstas características nos ayudarán a formar el perfil del paciente, así como establecer su diagnóstico (Anexo III).

También se encuentran ciertas características específicas atendiendo a los rasgos sociodemográficos: las tasas de trastorno límite de personalidad están ligeramente más elevadas en mujeres que en hombres, siendo en ambos casos personas menores de 30 años, con grados inferiores de escolarización, rentas bajas y que han sido consumidores de otras drogas, mayormente alcohol (50%), cocaína (20%) y marihuana (15%). En el caso de los varones, suelen estar separados o divorciados, mientras que ellas, normalmente tienen pareja. En cuanto a las características raciales y étnicas, se ha encontrado una mayor prevalencia de la enfermedad en personas de raza negra, siendo los asiáticos los de menores tasas de prevalencia (26).

Un total de 29 millones de personas padecen trastornos relacionados con la adicción, pero solo 1 de cada 6 recibe tratamiento. Los recursos de los que se dispone para el tratamiento de este tipo de usuarios, así como el procedimiento que se seguirá para la valoración y la realización de un plan de cuidados para los pacientes consumidores de cocaína y un trastorno límite de la personalidad asociado son limitados por lo que, se precisa de su conocimiento por parte de la población general y específicamente, por parte del personal sanitario (27).

1.1.4. Recursos asistenciales: Niveles de asistencia, personal implicado y función de enfermería:

La Comunidad de Madrid cuenta con una serie de recursos divididos en diferentes niveles de asistencia (27,28):

- Primer nivel: Configura la puerta de entrada al sistema. Tienen una conexión directa con la población. Aquí encontraríamos equipos de Atención Primaria, Centros de Atención Social, etc.
- Segundo nivel: Utiliza recursos más específicos y especializados en cuanto al diagnóstico, desintoxicación y tratamiento. Hablaríamos de Centros de Asistencia a Drogadicción (CAD), Centros de Asistencia Integral al Cocainómano o Centros de Día a Drogodependientes, entre otros.
- Tercer nivel: Cuenta con recursos específicos con un alto nivel de

especialización en el tratamiento. A él se accede por derivación del segundo nivel. Lo formarían Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Unidades de Patología Dual, Comunidades Terapéuticas de Drogodependientes o Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Una vez dentro del sistema sanitario, deberá existir un diagnóstico tanto de la adicción (Anexo II), como del trastorno límite de personalidad (Anexo III). Es importante tener en cuenta que, un tratamiento integrado de la Patología Dual da mejores resultados que si se trata la adicción y el trastorno por separado. Para ello deberemos tener constancia que estamos ante una enfermedad psiquiátrica no inducida por los efectos de la cocaína (Anexo VI) (14).

1.1.4.1. Personal implicado en el tratamiento de la Patología Dual:

La atención a la Patología Dual requiere un modelo biopsicosocial, es decir, que sea integral desde un nivel fisiológico, psicológico y sociolaboral, combinando no solo actividades asistenciales, sino también sociales, comunitarias, familiares...Para ello, es necesario un equipo multidisciplinar, en los cuales se contará con la intervención de un amplio número de personal socio-psico-sanitario como médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc. (29)

En lo que respecta a enfermería, se deberá realizar una historia clínica y anamnesis teniendo en cuenta los antecedentes personales del usuario, la historia de consumo, la situación social, económica, laboral y legal...

Posteriormente, se llevará a cabo la valoración enfermera. Para ello, se cuentan con numerosos modelos de valoración entre los cuales destacan los siguientes, por ser los más utilizados en la enfermería psiquiátrica y de drogodependencias (30):

- Necesidades Fundamentales Humanas según V. Henderson: Describe 14 necesidades básicas (Anexo VII) donde se busca la independencia de la persona sana a través de la promoción y prevención, así como en la persona enferma a partir de los cuidados de enfermería (30).
- Teoría Psicodinámica de Peplau: Esta teoría está centrada principalmente en la relación paciente/enfermera, siendo la confianza la base fundamental para la consecución de buenos resultados. El modelo, permite explorar

sentimientos y conductas, alejándose de la atención biologicista. Sin embargo, no menciona a la familia ni al entorno social, los cuales se consideran fundamentales en la recuperación de este tipo de usuarios por lo que, la utilización de este modelo en el caso quedaría descartado (30,31).

- Patrones Funcionales de M.Gordon: El autor identifica 11 patrones de salud (Anexo VIII). Este modelo da respuesta a las características y especificidad de los pacientes de las unidades de drogodependencias y de salud mental. Por entender que esta teoría se ajusta más a las peculiaridades de este tipo de personas, se usará este modelo de valoración enfermera para la realización de este trabajo (31,32).

Para la obtención de datos específicos, se podrán utilizar diferentes escalas y cuestionarios, los cuales ayudarán a la obtención de una valoración más exhaustiva, así como la afectación del consumo a diferentes áreas: estado general de salud, problemas laborales, familiares, legales, psicológicos, calidad de vida...

- Índice de Masa Corporal (IMC): Proporciona la relación entre peso y talla, siendo un indicador para la identificación del sobrepeso y la obesidad (Anexo IX) (33).
- LSI-C (Lifetime Severity Index for Cocaine Use Disorder): Esta escala informa sobre el índice de gravedad a lo largo de la vida. Evalúa el proceso adictivo desde el inicio, ofreciendo los resultados a partir de cuatro dimensiones: Consumo a lo largo de la vida, consumo reciente, dependencia psicológica e intentos de abandono (Es la escala para evaluar la gravedad del consumo, pero todavía hay escasas evidencias sobre su fiabilidad, validez y adaptación al castellano.) (14).
- Escalas analógico-visuales: Sirven para la valoración del "craving". Son rápidas y fáciles de usar, entre ellas destaca el Cuestionario de Roger Weiss, usado para anticiparse a la aparición del "craving" (Anexo X)(14,34).
- El PRISM: Entrevista para detectar trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Su fiabilidad y validez es alta. Facilita el diagnóstico entre trastorno primario o trastorno inducido por sustancias.
- Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente aplicado en

adicciones: En él se evalúa en qué etapa se encuentra el individuo en cuanto a la necesidad de abandono de la sustancia (Anexo XI) (35).

- Perfil de salud de Nottingham: Mide la percepción de salud que el individuo tiene de sí mismo, así como en qué forma se ven afectadas las actividades cotidianas por los problemas de salud (Anexo XII) (36).
- Instrumentos de medida del insomnio: Miden la calidad y cantidad de sueño. Destacan algunas escalas como el Índice de gravedad del insomnio o el Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (Anexo XIII) (37).

Una vez definidos los patrones funcionales, así como las diferentes escalas y cuestionarios que se utilizarán para la valoración, se procederá a la realización de los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA (38). Posteriormente, se planificarán las intervenciones, objetivos y actividades que se realizarán con el usuario según NIC/NOC (39,40).

1.2. Justificación:

Existe un vacío en cuanto al tipo de atención que tienen que recibir este tipo de enfermos, acompañado en gran medida de la falta de conocimiento de los problemas de salud que sufren los pacientes con Patología Dual (27).

En una sociedad como la actual, en la que el consumo de drogas se presenta a edades realmente tempranas, se puede prever un aumento de la Patología Dual, lo que confiere al tema el máximo interés.

Existe bibliografía acerca de las drogodependencias y sobre los trastornos mentales, pero es escasa la que las relaciona, por lo que considero oportuno, comenzar a ver estas enfermedades, como una sola, comenzando por realizar planes de cuidados individualizados en los que se englobe esta dualidad.

La enfermería debe tomar un papel relevante y cada vez más amplio, por un lado, en Atención Primaria, realizando una detección precoz de la enfermedad y una rápida derivación a centros más especializados, teniendo en cuenta las peculiaridades del paciente.

Por último, a consecuencia de ese vacío a todos los niveles que nos encontramos en el cuidado de estos usuarios y abriendo perspectivas futuras para la enfermería, considero que es de vital importancia iniciar procesos de informatización e individualización de los Planes de Cuidados (41,42).

2. Objetivos:

2.1. Objetivo general:

El objetivo general será la realización de un plan de cuidados individualizado, donde se valore de forma integral a un paciente diagnosticado de abuso de cocaína y TLP, a propósito de un caso de Patología Dual y utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

2.2. Objetivos específicos:

Por otro lado, los objetivos específicos consistirán en:

- Realizar una valoración de enfermería integral, mediante el modelo de los Patrones Funcionales de M.Gordon.
- Identificar aquellos patrones que se encuentren alterados en el paciente.
- Enunciar los diagnósticos enfermeros del usuario de acuerdo a sus problemas de salud, mediante el uso de la taxonomía NANDA.
- Plantear los objetivos e intervenciones de enfermería que se llevarían a cabo, a través de la nomenclatura NIC/NOC.
- Planificar las actividades de enfermería para solucionar los problemas de salud anteriormente planteados.
- Evaluar los resultados obtenidos tras la aplicación de las intervenciones y actividades planteadas.

3. Presentación del caso:

Paciente varón de 35 años de edad que es traído a la consulta de Atención Primaria por su madre, preocupada por la situación de consumo de cocaína en la que se encuentra su hijo.

Al hablar con el usuario, se muestra colaborador, aunque refiere no saber qué hace allí ya que "no le pasa nada".

Antecedentes personales:

- No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.
- Hábitos tóxicos: Fumador de 1 paquete de tabaco al día desde hace 15 años, bebedor de 1 litro de cerveza al día, consumidor esporádico de cannabis (3 a la semana) y consumidor habitual de cocaína desde hace 10 años (inicio de consumo antes de los 21 años)
- Antecedentes médico-quirúrgicos: Diagnosticado de trastorno límite de la personalidad a los 29 años. No realiza tratamiento.
- Medicación habitual:
 - Paracetamol si precisa.

Exploración física:

Paciente consciente y orientado en las tres esferas. En el momento de la consulta, mantiene unas constantes de:

- Tensión arterial: 125/70 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 70 lpm.
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm.
- Saturación de oxígeno: 97%.
- Temperatura: 36,2°C.
- Glucemia: 86 mg/dl.

Valoración de enfermería según los Patrones Funcionales de M.Gordon (Anexo VIII):

- **Patrón percepción/manejo de la salud:**

Fumador y consumidor esporádico de alcohol y cannabis. Consumidor habitual de cocaína: "la consumo a diario, normalmente medio gramo o lo que me dé el dinero".

El usuario refiere encontrarse muy bien, piensa que no tiene ningún problema de salud: "No tengo colesterol, ni azúcar, ni nada de eso. No necesito tomar pastillas, si acaso algún paracetamol cuando me duele algo". Refiere conocer que está mal consumir droga, pero asegura tenerlo controlado, aunque no le puede faltar su dosis diaria de cocaína ya que de lo contrario "se encuentra muy mal". Culpa a los padres de esta situación: "De pequeño lo pasaba mal mi padre venía borracho a casa, se ponía muy agresivo y mi madre no hacía nada más que llorar, por eso empecé a consumir, me hacía sentir mejor".

En lo referente al trastorno límite de personalidad manifiesta: "A mí no me pasa nada, eso me lo diagnosticó el médico porque piensa que soy un drogadicto y estoy loco, no me pienso tomar unas pastillas que no son para mí".

Este patrón se evaluará mediante el Perfil de Salud de Notthingnam (Anexo XII). Se encuentra alterado ya que, el usuario presenta nula conciencia de enfermedad, así como falta de adherencia al tratamiento para el trastorno de personalidad.

- **Patrón nutricional/metabólico:**

Mide 1,65 m y pesa 50 kilos.

Refiere no comer mucho ya que no suele tener apetito: "No tengo horarios de comida, como cuando tengo hambre, normalmente bocadillos o cualquier cosa que pille".

Ausencia de varias piezas dentarias.

Ingesta hídrica escasa.

Buen aspecto de piel y mucosas.

Este patrón se valorará a través del Índice de Masa Corporal (Anexo IX).

Se encuentra alterado debido a que cuenta con un IMC dentro de los rangos de delgadez severa.

- **Patrón de actividad/ejercicio:**

Independiente en las actividades de la vida diaria.

El usuario refiere no realizar ningún tipo de ejercicio físico. "Salgo a la calle a por mí dosis y me suelo quedar en algún banco de la calle a pasar el resto del día."

No presenta una buena higiene personal, la ropa que lleva no está del todo limpia.

En cuanto al comportamiento, se muestra un poco agitado.

Este patrón se encuentra alterado debido a la falta de actividad física.

- Patrón de sueño/descanso:

Manifiesta no dormir mucho y no tener ningún tipo de horario, le cuesta conciliar el sueño y cuando lo hace a veces tiene pesadillas. Expone que los “porros” le ayudan a dormir.

Este patrón se valorará mediante el índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (Anexo XIII).

Se encuentra alterado ya que el usuario presenta insomnio.

- Patrón cognitivo/perceptual:

Durante la entrevista se encuentra lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, abordable y colaborador.

La madre comenta que normalmente se muestra agresivo y que presenta dificultad para el control de los impulsos: “No se le puede hablar, se pone como un loco, te amenaza y rompe cosas”, debido a esto, el patrón se encuentra alterado.

- Patrón de auto percepción/autoconcepto:

Expone sentimientos de baja autoestima mostrándose indiferente en lo que respecta su aspecto físico e higiene personal, por lo tanto, el patrón se encuentra alterado.

- Patrón de rol/relaciones:

Se trata de un hijo único que actualmente vive en casa de sus padres. Alega tener una mala relación con ellos: “Mi padre es un borracho y mi madre una pesada que siempre está detrás de mí”.

Refiere tener pocos amigos: “Siempre me la acaban liando y acabo discutiendo con ellos”.

Ha tenido varias relaciones sentimentales, aunque en la actualidad se encuentra soltero.

Cuenta con escasa experiencia laboral, con cortos periodos de trabajo como camarero o mozo de almacén. En ambos casos lo despidieron tras tener enfrentamientos tanto con el personal como con clientes. En la actualidad se encuentra en el paro, siendo los padres los encargados de mantenerlo económicamente.

Refiere haber estado detenido en varias ocasiones por pequeños hurtos.

Este patrón se encuentra alterado debido a el aislamiento social que presenta el paciente, así como a la dificultad para las relaciones sociales.

- Patrón de sexualidad:

No presenta alteraciones urológicas ni con respecto a la sexualidad .

- Patrón de adaptación/tolerancia al estrés:

Alega sentimientos de ansiedad si no consume cocaína. Le agobia su situación familiar.

Declara no saber cómo reaccionar en ciertas situaciones, por eso se va o reacciona agresivamente.

Este patrón se encuentra alterado debido a la angustia que le provoca la falta de cocaína.

- Patrón valores y creencias:
Sin contenidos especiales.

4. Instrumentos de valoración:

En este apartado, se presentan todas aquellas herramientas que se han empleado para la valoración de los diferentes parámetros contemplados tanto en la valoración como en el desarrollo del plan de cuidados.

En primer lugar, para la valoración del estado nutricional, se ha utilizado el Índice de Masa Corporal (IMC). Esta medida, representa la relación entre el peso y la altura del paciente, dando una aproximación sobre su estado nutricional. En cambio, se trata de un valor aproximado ya que a veces no corresponde con el nivel de grosor de las personas (Anexo IX) (33).

Para la evaluación de patrón sueño/descanso, se ha utilizado el Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (Anexo XIII) para la evaluación de la calidad del sueño durante el mes previo (37).

También se han manejado diferentes test que evalúan diversos campos dentro el ámbito de las drogodependencias y, en especial, en la cocaína:

- Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente aplicado en adicciones:
En él se evalúa en qué etapa se encuentra el individuo en cuanto a la necesidad de abandono de la sustancia (Anexo XI). Para su evaluación, se realizan cuatro preguntas críticas, que permiten asignar al consumidor un estadio del cambio (35):
 - ¿Consumes cocaína en la actualidad?
 - ¿Estás considerando seriamente abandonar el consumo de cocaína en los próximos 6 meses?
 - ¿Planeas abandonar el consumo de cocaína en los próximos 30 días?
 - ¿Cuánto tiempo llevas sin consumir cocaína?
- Perfil de salud de Nottingham: Mide la percepción de salud que el individuo tiene de sí mismo, así como en qué forma se ven afectadas las actividades cotidianas por los problemas de salud (Anexo XII) (36).
- Cuestionario de craving de Roger de Weiss: Instrumento formado por 5 ítems en los cuales se evalúan las fluctuaciones del “craving” y su relación con otros elementos, ya

sean externos e internos. Es útil para reconocer y anticiparse al “craving” en función de los estímulos que lo condicionan (Anexo X) (34).

5. Desarrollo del Plan de Cuidados:

A continuación, se expone el plan de cuidados individualizado para el paciente anteriormente descrito según la taxonomía NANDA/NIC/NOC, donde se establecen los diagnósticos enfermeros, así como los objetivos y actividades que se deberán desarrollar con este paciente.

Dominio 1: Promoción de la salud.	
[00097] Déficit de actividades recreativas relacionado con (r/c) entorno desprovisto de actividades recreativas y manifestado por (m/p) expresa sentirse aburrido.	
NOC: [1604] Participación en actividades de ocio. Indicadores: [160401] Participación en actividades.	NIC: [5360] Terapia de entretenimiento. Actividades: - Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas. - Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. - Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa.
[00168] Estilo de vida sedentario r/c falta de interés y m/p elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico.	
NOC: [2004] Forma física. Indicadores: [200404] Participación en actividades físicas.	NIC: [200] Fomento del ejercicio. Actividades: - Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico. - Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. - Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. - Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.
[00188] Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c abuso de sustancias y m/p fallo en el logro de una sensación óptima de control.	
NOC: [1603] Conducta de búsqueda de la salud. Indicadores: [160310] Describe estrategias para optimizar la salud. [160313] Obtiene ayuda de un profesional.	NIC: [5606] Enseñanza: individual Actividades: - Establecer una relación de confianza. - Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. - Instruir al paciente. - Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente. - Reforzar la conducta. - Remitir al paciente a otros especialistas/centros para conseguir los objetivos de enseñanza, si es preciso.

NOC: [1623] Conducta de cumplimiento: Medicación prescrita. Indicadores: • [162301] Tiene una lista de todas las medicaciones con dosis y frecuencias. • [162302] Obtiene la medicación necesaria. • [162304] Toma toda la medicación a los intervalos prescritos. • [162305] Toma la dosis correcta. • [162308] Evita el alcohol si está contraindicado.	NIC: [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos Actividades: • Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos, según corresponda. • Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento. • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. • Explicar cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada. • Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento. • Revisar el conocimiento que el paciente tiene cada medicación. • Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. • Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. • Incluir a la familia/allegados, según corresponda.
[00099] Mantenimiento ineficaz de la salud r/c afrontamiento individual ineficaz y m/p antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud.	
NOC: [1602] Conducta de fomento de la salud. Indicadores: • [160218] Evita el mal uso del alcohol. • [160219] Evita el uso del tabaco. • [160220] Evita las drogas de uso recreativo.	NIC: [4490] Ayuda para dejar de fumar Actividades: • Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo. • Determinar la facilidad del paciente para aprender cómo dejar de fumar. • Controlar la disposición del paciente para intentar abandonar el tabaco. • Aconsejar al fumador de forma clara y constante que deje de fumar. • Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras que lo impiden. NIC: [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo Actividades: • Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica. • Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada. • Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado.
Dominio 2: Nutrición.	
[00002] Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores psicológicos y m/p expresa realizar ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.	
NOC: [1014] Apetito Indicadores: • [101401] Deseo de comer.	NIC: [1803] Ayuda con el autocuidado: alimentación Actividades: • Controlar el peso del paciente, según corresponda.

• [101402] Antojo de comida. • [101406] Ingesta de alimentos. • [101407] Ingesta de nutrientes.	• Identificar la dieta prescrita.
NOC: [1854] Conocimiento: Dieta saludable. Indicadores: • [185401] Objetivos dietéticos alcanzables. • [185405] Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas. • [185406] Ingesta diaria de nutrientes adecuada para las necesidades metabólicas.	NIC: [1240] Ayuda para ganar peso. Actividades: • Analizar las posibles causas del bajo peso corporal. • Controlar el consumo diario de calorías. • Fomentar el aumento de ingesta de calorías. • Analizar con el paciente y la familia la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer. • Registrar el progreso de la ganancia de peso en una gráfica y colocarla en un sitio estratégico.
NOC: [1006] Peso: Masa Corporal. Indicadores: • [100601] Peso.	NIC: [4360] Modificación de la conducta Actividades: • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables. • Animar al paciente a que examine su propia conducta.
Dominio 3: Eliminación e intercambio.	
[00011] Estreñimiento r/c actividad física insuficiente y m/p disminución de la frecuencia.	
NOC: [0501] Eliminación intestinal. Indicadores: • [50101] Patrón de eliminación. • [50104] Cantidad de heces en relación con la dieta.	NIC: [0430] Control intestinal. Actividades: • Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes previos. • Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado. • Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras.
Dominio 4: Actividad/Reposo.	
[00095] Insomnio r/c toma de estimulantes y m/p expresa dificultad para permanecer dormido.	
NOC: [0004] Sueño. Indicadores: • [403] Patrón del sueño. • [404] Calidad del sueño. • [405] Eficiencia de sueño.	NIC: [1850] Mejorar el sueño. Actividades: • Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.
	NIC: [2300] Administración de medicación. Actividades: • Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación. • Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos a demanda, si es apropiado. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

	• Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.
[00193] Descuido personal r/c abuso de sustancias y m/p higiene personal inadecuada.	
NOC: [0313] Nivel de autocuidado. Indicadores: • [31305] Mantiene higiene personal. • [31306] Mantiene higiene oral.	NIC: [1800] Ayuda con el autocuidado Actividades: • Establecer una rutina de actividades de autocuidado.
	NIC: [1710] Mantenimiento de la salud bucal. Actividades: • Establecer una rutina de cuidados bucales. • Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.
Dominio 5: Percepción/Cognición.	
[00173] Riesgo de confusión aguda r/c abuso de sustancias	
NOC: [0916] Nivel de delirio. Indicadores: • [91601] Desorientación temporal. • [91613] Alteración del nivel de conciencia. • [91620] Alucinaciones. • [91621] Delirios.	NIC: [4514] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas Actividades: • Monitorizar los síntomas de abstinencia (p. ej., fatiga, alteraciones sensoriales, irritabilidad, violencia, depresión, ataques de pánico, ansiedad por consumir, insomnio, agitación, dolor muscular, cambios de apetito, bostezos, debilidad, cefalea, rinorrea, midriasis, escalofríos, ansiedad, diaforesis, náuseas, vómitos, temblores, psicosis y ataxia). • Proporcionar tratamiento sintomático. • Animar al paciente a participar en apoyo de seguimiento (p. ej., terapia de grupo de compañeros, asesoramiento individual o familiar y programas educativos de recuperación de las drogas). • Derivar a los servicios necesarios.
[00222] Control de impulsos ineficaz r/c trastorno de la personalidad y m/p arrebatos de mal genio.	
NOC: [1405] Autocontrol de los impulsos. Indicadores: • [140501] Identifica conductas compulsivas perjudiciales. • [140507] Verbaliza control de los impulsos. • [140512] Mantiene el autocontrol sin supervisión. • [140515] Evita situaciones de alto riesgo.	NIC: [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos Actividades: • Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente. • Utilizar un plan de modificación de la conducta que sea apropiado para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado. • Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada. • Proporcionar un refuerzo positivo (alabar y recompensar) de los resultados satisfactorios. • Animar al paciente a recompensar a sí mismo por los resultados satisfactorios.

	• Ayudar al paciente a determinar cómo se podrían haber evitado los resultados insatisfactorios si se hubieran elegido conductas diferentes. • Disponer oportunidades para que el paciente practique la solución de problemas (juego de rol) dentro del ambiente terapéutico. NIC: [4380] Establecer límites Actividades: • Comentar las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta. • Indicar, limitar o identificar (con la participación del paciente, según corresponda) la conducta indeseable del paciente. • Comentar con el paciente, cuando proceda, cuál es la conducta deseable en cada situación. • Disminuir el establecimiento de límites, a medida que el paciente se aproxima a las conductas deseadas. • Utilizar un método constante, práctico, no sentencioso. • Comunicar el límite en términos positivos.
[00251] Control emocional inestable r/c enfermedad psiquiátrica y m/p abandono de las responsabilidades sociales.	
NOC: [1204] Equilibrio emocional. Indicadores: • [120403] Muestra control de los impulsos. • [120402] Muestra un estado de ánimo sereno.	• NIC: [5330] Control del estado de ánimo • Actividades: • Considerar la posibilidad de hospitalización del paciente con alteraciones del estado de ánimo que plantea riesgos para la seguridad, que es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidados y/o carece de apoyo social. • Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia). • Proporcionar o remitir al paciente para un tratamiento contra el abuso de sustancias, si dicho abuso es un factor que contribuye a la alteración del estado de ánimo. • Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a una alteración del estado de ánimo.
NOC: [1812] Conocimiento: Control de consumo de sustancias. Indicadores: • [181202] Consecuencias adversas sobre la salud del abuso de sustancias.	• NIC: [4510] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas • Actividades: • Fomentar una relación de confianza a la vez que se establecen límites claros (es decir, aportar pruebas sutiles pero firmes de la disfunción, mantener la atención en el consumo de sustancias o dependencia, e inspirar esperanza).

• [181201] Riesgo propio del abuso de sustancias psicoactivas. • [181203] Beneficios de eliminar el consumo de sustancias psicoactivas. • [181205] Consecuencias sociales del consumo de sustancias psicoactivas.	• Considerar la presencia de enfermedades concurrentes o de trastornos psiquiátricos o médicos coincidentes, modificando el tratamiento en consecuencia. • Ayudar al paciente a comprender el trastorno como una enfermedad relacionada con varios factores (p. ej., circunstancias genéticas, psicológicas y situacionales). • Informar al paciente de que el volumen y la frecuencia de consumo de sustancias causante de disfunción varía mucho entre las personas. • Instruir a los pacientes sobre los efectos de la sustancia consumida (p. ej., físicos, psicológicos y sociales). • Comentar las necesidades de tratamiento de las dificultades asociadas de tipo médico, psicológico, social, laboral, de vivienda y legales. • Animar o alabar los esfuerzos del paciente para aceptar la responsabilidad de la disfunción y tratamiento relacionados con el consumo de sustancias. • Proporcionar tratamiento de los síntomas durante el período de desintoxicación. • Ayudar a los pacientes a desarrollar mecanismos de afrontamiento eficaces saludables.
Dominio 6: Autopercepción.	
[00120] Baja autoestima situacional r/c falta de reconocimiento y m/p verbalizaciones de negación de sí mismo.	
NOC: [1205] Autoestima. Indicadores: • [120501] Verbalizaciones de autoaceptación.	NIC: [5400] Potenciación de la autoestima Actividades: • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. • Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente. • Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. • Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
Dominio 7: Rol/Relaciones.	
[00063] Procesos familiares disfuncionales r/c abuso de sustancias y m/p abuso verbal a los padres.	
NOC: [2602] Funcionamiento de la familia. Indicadores: • [260209] Se adapta a crisis inesperadas. • [260214] Implica a los miembros en la resolución de conflictos.	NIC: [7150] Terapia familiar Actividades: • Utilizar la historia clínica del paciente para fomentar el diálogo familiar. • Determinar los patrones de comunicación de la familiar. • Identificar el modo de resolución de problemas de la familia. • Ayudar en el planteamiento de metas hacia una forma más competente de manejar la conducta disfuncional.

	• Ayudar a la familia a mejorar las estrategias de afrontamiento positivas existentes. • Compartir el plan de terapia con la familia.
[00052] Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas y m/p interacción disfuncional con los demás.	
NOC: [1502] Habilidades de interacción social. Indicadores: • [150202] Receptividad si es apropiado/procedente. • [150203] Cooperación con los demás. • [150212] Relaciones con los demás. • [150216] Utilizar estrategias de resolución de conflictos.	NIC: [4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales Actividades: • Proporcionar modelos que muestren las etapas de conducta dentro del contexto de las situaciones que tengan sentido para el paciente. • Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.
	NIC: [4640] Ayuda para el control del enfado Actividades: • Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente. • Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias. • Animar al paciente a que busque ayuda de parte del personal de enfermería u otras personas responsables durante los periodos en que aumente la tensión. • Ayudar al paciente en la planificación de estrategias que eviten la manifestación inadecuada del enfado.
Dominio 8: Sexualidad.	
Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés.	
[00069] Afrontamiento ineficaz	
NOC: [1302] Afrontamiento de problemas. Indicadores: • [130203] Verbaliza sensación de control. • [130211] Identifica múltiples estrategias de superación. • [130214] Verbaliza la necesidad de asistencia.	NIC: [5230] Mejorar el afrontamiento Actividades: • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. • Fomentar un dominio gradual de la situación. • Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad. • Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.
NOC: [1405] Autocontrol de los impulsos. Indicadores: • [140501] Identifica conductas compulsivas perjudiciales. • [140507] Verbaliza control de los impulsos. • [140512] Mantiene el autocontrol sin supervisión.	NIC: [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos Actividades: • Utilizar un plan de modificación de la conducta que sea apropiado para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado. • Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada. • Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente.

	• Ayudar al paciente a determinar cómo se podrían haber evitado los resultados insatisfactorios si se hubieran elegido conductas diferentes. • Disponer oportunidades para que el paciente practique la solución de problemas (juego de rol) dentro del ambiente terapéutico.
[00146] Ansiedad r/c abuso de sustancias y m/p irritabilidad.	
NOC: [1211] Nivel de ansiedad. Indicadores: • [121105] Inquietud. • [121108] Irritabilidad. • [121110] Explosiones de ira. • [121111] Conducta problemática.	NIC: [5820] Disminución de la ansiedad Actividades: • Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.
Dominio 10: Principios vitales.	
[00079] Incumplimiento r/c creencias sobre la salud y m/p conducta indicativa de incumplimiento.	
NOC: [1601] Conducta de cumplimiento. Indicadores: • [160103] Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.	NIC: [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos Actividades: • Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos, según corresponda. • Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento. • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. • Explicar cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada. • Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc., de los medicamentos. • Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.
Dominio 11: Seguridad/Protección.	
[00048] Deterioro de la dentición r/c higiene oral ineficaz y m/p falta de piezas dentarias.	
NOC: [1100] Salud Oral. Indicadores: • [110002] Limpieza de los dientes.	NIC: [1730] Restablecimiento de la salud bucal Actividades: • Determinar la frecuencia necesaria para el cuidado oral, animando al paciente para participar en la programación o ayudar con el cuidado oral.

• [110026] Ausencia de dientes.	• Desaconsejar el hábito de fumar y de mascar tabaco. • Desaconsejar el consumo de alcohol.
[00138] Riesgo de violencia dirigida a otros r/c historia de conducta antisocial violenta.	
NOC: Autocontrol de la agresión. Indicadores: • [140101] Se abstiene de arrebatos verbales. • [140103] Se abstiene de golpear a los demás. • [140104] Se abstiene de dañar a los demás. • [140109] Controla los impulsos. • [140114] Identifica cuándo se siente agresivo. • [140115] Identifica alternativas a la agresión. • [140116] Identifica alternativas a los arrebatos verbales.	NIC: [4640] Ayuda para el control del enfado Actividades: • Controlar el potencial de agresión inadecuada del paciente e intervenir antes de que se manifieste. • Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar los objetos potencialmente hirientes). • Proporcionar seguridad al paciente sobre la intervención del personal de cuidados para evitar que el paciente pierda el control. • Proporcionar una retroalimentación sobre el comportamiento para ayudar al paciente a identificar el enfado. • Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado. • Ayudar al paciente en la planificación de estrategias que eviten la manifestación inadecuada del enfado.
[00037] Riesgo de intoxicación r/c disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos venenosos.	
Noc: [1904] Control del riesgo: Consumo de drogas. Indicadores: • [190402] Reconoce las consecuencias asociadas con el abuso de drogas.	NIC: [5390] Potenciación de la autoconciencia Actividades: • Manifestar verbalmente la negación de la realidad por parte del paciente, según corresponda. • Ayudar al paciente a cambiar su visión de sí mismo como víctima mediante la definición de sus propios derechos, según proceda
Dominio 12: Confort.	
Dominio 13: Crecimiento/Desarrollo.	

6. Resultados:

El objetivo final será conseguir una adherencia al tratamiento para el trastorno de la personalidad, así como el abandono del consumo de sustancias. Para ello, se deberán concretar citas con el usuario, evaluando los cambios que se van produciendo y modificando los objetivos y actividades que se desarrollarán a lo largo de la intervención enfermera.

Dado que este plan de cuidados no se ha podido llevar a cabo en un paciente real, no ha sido posible evaluar el cumplimiento o no de los objetivos, así como la eficacia de los mismos.

7. Conclusiones.

El presente trabajo pretende unificar en un único plan de cuidados el consumo de cocaína y el trastorno límite de la personalidad, dando una visión holística a la Patología Dual.

Conforme se ha profundizado en el plan de cuidados con respecto a la Patología Dual, se ha notado la ausencia de algunos factores relacionados, así como características definitorias en la taxonomía NANDA relacionadas con esta enfermedad.

Por este motivo, y dado el auge informativo que están teniendo en la sociedad el consumo de drogas y los trastornos psiquiátricos, es de vital importancia la modernización y elaboración de los planes de cuidados por parte de enfermería en donde se contemplen este tipo de trastornos.

Este perfil de usuario, cuentan con una elevada gravedad con respecto a su situación tanto clínica como social, por este motivo, se justifica el interés por el estudio de la concurrencia entre la drogadicción y la patología psiquiátrica desde todos los ámbitos: neurobiológicos, diagnósticos, farmacológicos y psicosociales, así como la adaptación del sistema sanitario a este tipo de situaciones.

Por este motivo, es necesaria la especialización del personal sanitario con respecto a la Patología Dual. Este trabajo, me ha ayudado a mí a conocerla y profundizar en ella, de igual manera, espero que ayude a otras personas a familiarizarse con este tipo de enfermedad, ya que, en un futuro próximo, se prevé un aumento de esta patología en la sociedad.

8. Bibliografía:

1. Venes D, director. Diccionario Enciclopédico Taber de Ciencias de la Salud. 20ª ed. Barcelona: Difusión Avances de Enfermería; 2008.
2. Word Health Organization. Glosario de términos de alcohol y drogas. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso 9 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
3. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial Sobre Drogas. [Internet]. 2016 [acceso 9 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
4. Gobierno de España. Consumo percepciones y opiniones ante las drogas. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [acceso 20 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/ca/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_EDADES.pdf
5. Goldstein RA, DesLauriers C, Burda AM. Cocaine: history, social implications, and toxicity—a review. Dis-Mon DM. 2009;55(1):6-38.
6. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cocaine. [Internet]. USA: National Institute on Drug Abuse (NIDA); 2016 [actualizada en mayo de 2016; acceso 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/cocaine/what-cocaine>
7. Haile CN, Koste TR, Kosten TA. Genetics of Dopamine and its Contribution to Cocaine Adicction. Behav Genet. 2007;37:119-45.
8. Spronk DB, van Wel JHP, Ramaekers JG, Verkes RJ. Characterizing the cognitive effects of cocaine: a comprehensive review. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(8):1838-59.
9. Riezzo I, Fiore C, De Carlo D, Pascale N, Neri M, Turizalli E, et al.. Side effects of cocaine abuse: multiorgan toxicity and pathological consequences. Curr Med Chem. 2012;19(33):5624-46.
10. Roncero C, Ros-Curucull E, Daigre C, Casas M. Prevalence and risk factors of psychotic symptoms in cocaine-dependent patients. Actas Esp Psiquiatr 2012;40(4):187-97.
11. Patología dual [Internet]. Madrid: Sociedad Española de patología dual; 2015 [actualizada 2015; acceso 8 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html

12. Trastornos mentales [Internet]. Madrid: Organización Mundial de la Salud; 2016 [actualizada abril de 2016; acceso 16 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
13. First MB, Frances A, Pincus HA. DSM- IV- TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2000.
14. Martín RM, Ferreiro J, Molina R, Moya JM, Pacheco G, Sáez A. Protocolo Sanitario de Adicciones: Adicción a la cocaína. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [acceso 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocolosSanitariosAdicciones2015.pdf>
15. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C et al. Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2013;6(3):124-8.
16. Ahmadi J, Kampman K, Dackis C, Sparkman T, Pettinati H. Cocaine withdrawal symptoms identify "Type B" Cocaine-Dependent Patients. A.m. J. Med. 2008;17:60-4.
17. Peris L. Protocolos de Intervención: Patología Dual en Trastornos de Personalidad. [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Patología Dual; 2016 [acceso 7 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/2-PDUAL-personalidad.pdf>
18. American Psychiatric Association. DSM- 5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.
19. ¿Qué es el TLP? [Internet]. Murcia: Fundación Regional Murciana de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad; 2010 [acceso 16 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.fundacionarmaitlp.com/tlp.html#>
20. Trastorno Límite de la Personalidad [Internet]. Madrid: Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad; 2017 [acceso 16 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.amaitlp.org/trastorno-limite-de-la-personalidad/>
21. Nizama M. Innovación conceptual en adicciones. (Primera parte). Rev Neuropsiquiatr. 2015;78(1):22-9.
22. Miquel L, Roncero C, López-Ortiz C, Casas M. Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. Adicciones. 2011;23(2):165-172.
23. Comín M, Redondo S, Daigre C, Grau-López L, Casas M, Rocero C. Clinical differences between cocaine-dependent patients with and without antisocial personality disorder. Psychiatry Res. 2016;246:587-92.

24. Adler JM, Chin ED, Kolisetty AP, Oltmanns TF. The Distinguishing Characteristics of Narrative Identity In Adults with Features of Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation. *Journal of Personality Disorders*. 2012;26(4):498-512.
25. Leontieva L, Gregory R. Characteristics of Patients with Borderline Personality Disorder in a State Pshychiatric Hospital. *Journal of Personality Disorders*. 2013;27(2):222-232.
26. Toko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment, Utilization and General Functioning. *Journal of Personality Disorders*. 2014;28(5):734-50.
27. Molina AJ, González J, Montero FJ, Gómez-Salgado J. La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enferm Clin*. 2015;26(1):68-75.
28. Gutiérrez S, Vicente AM, García N, Salgado N, Chicharro JF, Coca VD et al. Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [acceso 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf>
29. Centro de Atención Integral al Drogodependiente (CAID) [Internet]. Madrid: Ayuntamiento de Getafe; 2017 [acceso 16 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://getafe.es/areas-de-gobierno/area-social/sanidad/centro-de-atencion-integral-al-drogodependiente-caid/>
30. Galvis MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid*. 2015;6(2):1108-20
31. Herrera A, Betolaza E, Murua F, Martínez H, Jiménez-Lerma JM. Enfermería en adicciones. El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Trast Adict*. 2003;5(2):58-74.
32. Gordon M. *Manual de Diagnósticos Enfermeros*. 11ª ed. Madrid: Mc Graw Hill; 1993.
33. Who.int, Obesidad y sobrepeso [Internet]. Madrid: Who.int; [actualizada junio de 2016; acceso 28 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
34. Martín RM, Ferreiro J, Molina R, Moya JM, Pacheco G, Sáez A. Protocolo Sanitario de Adicciones: Adicción a la cocaína. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [acceso 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocolosSanitariosAdicciones2015.pdf>

35. Servicio Extremeño de Salud. Guía-Protocolo de Actuación en Personas con Trastorno por Consumo de Cocaína [Internet]. Extremadura: Consejería de Salud Política Social Junta de Extremadura; 2008-2012 [acceso 28 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352Z1108651&id=108651>
36. Aragón.es, Programa de atención a enfermos cónicos dependientes [Internet]. Aragón: Gobierno de Aragón; 2012 [acceso 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>
37. Guíasalud.es, Instrumentos de medida del insomnio (Escala) [Internet]. Aragón: Gobierno de Aragón; 2013 [acceso 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/completa/documentos/anexos/anexo6.pdf>
38. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
39. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ªed. Madrid: Elsevier; 2013.
40. Bulechek GM, Butcher HK, Docteman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6ªed. Madrid: Elsevier; 2013.
41. Gómez MJ, Balaguer J, González J, Montia J, Selva FJ, Vilchez MC et al. Estudio de los diagnósticos enfermeros prevalentes en pacientes consumidores habituales de sustancias tóxicas en una unidad de patología dual. Interpsiquis. 2007 Feb [Epub ahead of print].
42. Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B, Barral C et al. Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual. [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Patología Dual; 2015 [acceso 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>

Anexos.

ANEXO I: Criterios diagnósticos para la intoxicación por cocaína (13,14):

1. Presencia de un síndrome reversible específico debido a la ingestión o su exposición reciente
2. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la cocaína sobre el SNC (euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad impersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio; deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
3. Dos o más de los siguientes síntomas, que aparecen durante o inmediatamente después del consumo:
 - a. Taquicardia o bradicardia.
 - b. Midriasis.
 - c. Hiper o hipotensión.
 - d. Sudoración o escalofríos.
 - e. Nauseas o vómitos.
 - f. Pérdida de peso.
 - g. Agitación o retardo psicomotriz.
 - h. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en pecho o arritmias cardiacas.
 - i. Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.
4. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

ANEXO II: Criterios de diagnóstico para el abuso de cocaína (13,14):

1. Un patrón desadaptativo del consumo de cocaína que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por uno o más de los siguientes ítems durante un periodo de 12 meses:
 - a. Consumo recurrente de cocaína, que da lugar al incumplimiento de obligaciones de trabajo, escuela o en casa.
 - b. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, la conducción de vehículos).
 - c. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
 - d. Consumo continuado, a pesar de tener problemas sociales recurrentes o continuos o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
2. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de cocaína.

ANEXO III: Criterios para el diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad/Borderline (13).

A continuación, se exponen los criterios para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad de los cuales se deben cumplir al menos cinco.

1. **Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado:** Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada ante una separación. Presentan intolerancia a estar solos.
2. **Relaciones interpersonales inestables, intensas y turbulentas, extremos de idealización y devaluación:** Son propensos a los cambios de opinión drásticos sobre los demás, pasan de ver a las personas como apoyo a verlas como enemigos.
3. **Problemas de identidad:** autoimagen o sentido de sí mismo inestable: Suelen tener problemas con su apariencia física, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno alimentario. Experimentan cambios bruscos en sus objetivos, valores y aspiraciones profesionales.
4. **Impulsividad:** Gastos excesivos, promiscuidad, atracones de comida, consumo de drogas...
5. **Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos autolesivos:** Estas conductas suelen aparecer ante situaciones de tener que asumir una mayor responsabilidad o temor a ser abandonados.
6. **Inestabilidad afectiva.**
7. **Sentimientos crónicos de vacío.**
8. **Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.**
9. **Ideación paranoide transitoria:** Desencadenada con situaciones de estrés.

ANEXO IV: Criterios de diagnóstico para la dependencia de cocaína (14):

Un patrón desadaptativo del consumo de la cocaína conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos expresados por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses.

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de cocaína para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de cocaína disminuye con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Síndrome de abstinencia característico para la cocaína.
 - b. Se toma la misma sustancia (o una parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
3. La cocaína es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de cocaína.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo o en la recuperación de los efectos de la cocaína.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de cocaína.
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.

Especificar si cursa con:

1. Dependencia fisiológica: Signos de tolerancia o abstinencia.
2. Sin dependencia fisiológica: No hay signos de tolerancia o abstinencia.
3. Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

0 Remisión total temprana	0 Remisión parcial sostenida
0 Remisión parcial temprana	2 En terapéutica con agonistas
0 Remisión total sostenida	1 En entorno controlado
4 Leve/moderado/grave	

ANEXO V: Criterios diagnósticos para la abstinencia de cocaína (14):

1. Presencia de un síndrome específico de la cocaína debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. Estado de ánimo disfórico y dos o más de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del criterio 1:
 - a. Fatiga.
 - b. Sueños vívidos y desagradables.
 - c. Insomnio o hipersomnia.
 - d. Aumento del apetito.
 - e. Retraso o agitación psicomotores.
3. Los síntomas del criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
4. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

ANEXO VI: Diagnóstico de la Patología Dual (14):

Estaremos ante un trastorno psiquiátrico no inducido por el consumo de cocaína cuando la historia clínica refleje:

1. El trastorno psiquiátrico comenzó antes del consumo regular de la sustancia.
2. Los síntomas y los problemas que el sujeto presenta suelen ser distintos a los que presentan los sujetos con abuso o dependencia de sustancias.
3. Si el trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia es posible que el trastorno no sea inducido.
4. El fracaso terapéutico, tanto en reducir la conducta adictiva como de otros trastornos psiquiátricos similares en dispositivos de salud mental, orienta a que el trastorno no es inducido.
5. En ocasiones la respuesta inicial al tratamiento farmacológica y la aparición de efectos secundarios excesivos tras un periodo corto de tratamiento orientan hacia un trastorno inducido.

ANEXO VII: Necesidades Fundamentales Humanas según V. Henderson (30).

1. Respirar.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación.
4. Moverse y mantenimiento de la postura.
5. Sueño y descanso. Vestirse y desvestirse.
6. Termoregulación
7. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantener la higiene personal.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedo u opiniones.
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

ANEXO VIII: Patrones funcionales de M.Gordon (31,32).

1. Patrón de percepción-manejo de la salud:

Se refiere a la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud, incluyendo estilos de vida, riesgos y prácticas de prevención y promoción de salud.

2. Patrón nutricional-metabólico:

Describe los hábitos alimenticios y consumo de líquidos, así como sus necesidades metabólicas. Incluye las medidas antropométricas, aspectos psicológicos de la alimentación y el estado de la piel, mucosas y dientes.

3. Patrón de eliminación:

Valora la función excretora del paciente.

4. Patrón de actividad-ejercicio:

Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y entretenimiento.

5. Patrón de sueño-descanso:

Incluye el patrón de sueño, descanso y relajación. Describe percepción de la calidad y cantidad de éstos.

6. Patrón cognitivo-perceptivo:

Representa los patrones sensorio-perceptivos y cognitivos. Especifica la percepción y manejo de dolor, así como las funciones cognitivas relacionadas con pensamiento, memoria, lenguaje, razonamiento o resolución de problemas. En enfermería psiquiátrica este patrón es de especial interés ya que suele estar alterado en casi todos los casos.

7. Patrón de auto percepción-auto concepto:

Detalla la percepción que tiene el usuario de sí mismo en cuanto a identidad personal, imagen corporal, autoestima. Se incluye la comunicación tanto verbal como no verbal (postura corporal, movimientos, etc)

8. Patrón del rol-relaciones:

Puntualiza la percepción de las principales responsabilidades y roles que tiene la persona en su vida. Se engloban las relaciones sociales, familiares, del trabajo, etc.

9. Patrón de sexualidad-reproducción:

Determina la satisfacción o disfunción del individuo respecto a su patrón sexual o de reproducción.

10. Patrón de adaptación-tolerancia al estrés:

Define la capacidad y resistencia que tiene la persona para los cambios, control del estrés, soporte familiar, situaciones estresantes... así como su forma de afrontamiento y resolución.

11. Patrón de valores y creencias:

Expone aquello que la persona considera valioso en su vida, sus creencias espirituales y religiosas o la percepción de la calidad de vida y expectativas sobre ella.

ANEXO IX: Índice de Masa Corporal (IMC): Cálculo e interpretación (33).

$$IMC = \frac{Peso (kg)}{Altura (m) \times Altura (m)}$$

Clasificación	IMC
Bajo peso	<18,5
Delgadez severa	<16
Delgadez moderada	16-16,99
Delgadez leve	17-18,49
Normal	18,5-24,99
Sobrepeso	≥ 25
Preobeso	25-29,99
Obesidad	≥ 30
Obesidad leve	30-34,99
Obesidad media	35-39,99
Obesidad mórbida	≥ 40

Tabla 2: Interpretación del IMC.

ANEXO X: Cuestionario de Craving de Roger Weiss (34).

1. Por favor, valore la intensidad de su deseo de consumo de cocaína justo en este momento.
Ningún deseo 1 2 3 4 5 5 7 8 9 Extremadamente intenso
2. Por favor, valore cual ha sido el grado de intensidad de su deseo de cocaína durante las últimas 24 h.
Ningún deseo 1 2 3 4 5 5 7 8 9 Extremadamente intenso
3. Por favor, valore con qué frecuencia ha sentido la urgencia de consumir cocaína durante las últimas 24 h.
En absoluto 0 1 2 3 4 5 5 7 8 9 Demasiado a menudo
4. Durante las últimas 24 h, valore por favor cuál ha sido la intensidad de las urgencias para consumir cocaína cuando algún elemento del ambiente se lo ha hecho recordar (hoja de afeitar, una cuchara, una aguja, un espejo o un anuncio de cerveza).
Ninguna urgencia 0 1 2 3 4 5 5 7 8 9 Demasiado intensa
5. Por favor, imagine a usted mismo en un ambiente en el que previamente usted ha consumido drogas y/o alcohol (un bar, su proveedor habitual, un lugar en el que las personas acuden a inyectarse drogas, o cualquier otra situación que más intensamente le recuerde un consumo activo de drogas). ¿Si usted se encontrase en dicho ambiente en este mismo momento, cuál es la probabilidad de que usted consumiera cocaína?
En absoluto 0 1 2 3 4 5 5 7 8 9 Estoy seguro que lo haría

ANEXO XI: Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente aplicado en adicciones (35):

1. **Precontemplación:** Los individuos situados en este estadio no se plantean modificar su consumo, ya que no son conscientes de dicha conducta: Sujetos que actualmente consumen cocaína y no consideran abandonar el consumo en los próximos 6 meses.
2. **Contemplación:** Son conscientes del problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar el consumo, pero no existe un compromiso firme: Sujetos que consumen cocaína en la actualidad, pero se plantean abandonar el consumo en los próximos 6 meses.
3. **Preparación:** En esta etapa el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva.
4. **Acción:** El individuo cambia su conducta, así como las condiciones ambientales que le afectan, ya sea con o sin ayuda profesional: Sujetos no consumidores de cocaína en la actualidad, con un periodo de abstinencia inferior a 6 meses.
5. **Mantenimiento:** El usuario intenta consolidar sus logros, previniendo posibles recaídas de consumo: Sujetos no consumidores con un periodo de abstinencia superior a 6 meses.

ANEXO XII: Perfil de salud de Nottingham (36):

A continuación, verá algunos de los problemas que la gente puede tener en su vida diaria. Lea atentamente la lista de problemas. En cada problema, si usted lo tiene, marque la casilla "SI" y si usted no tiene ese problema marque la casilla "NO". Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está muy seguro/a de contestar "SÍ" o "NO", señale la respuesta que crea que es más cierta en la actualidad.

1. Siempre estoy fatigado:
Si ☐ No ☐
2. Tengo dolor por las noches:
Si ☐ No ☐
3. Las cosas me deprimen:
Si ☐ No ☐
4. Tengo un dolor insoportable:
Si ☐ No ☐
5. Tomo pastillas para dormir:
Si ☐ No ☐
6. He olvidado qué es pasarlo bien:
Si ☐ No ☐
7. Tengo los nervios de punta:
Si ☐ No ☐
8. Tengo dolor al cambiar de postura:
Si ☐ No ☐
9. Me encuentro solo:
Si ☐ No ☐
10. Sólo puedo andar dentro de casa:
Si ☐ No ☐
11. Me cuesta agacharme:
Si ☐ No ☐
12. Todo me cuesta un esfuerzo:
Si ☐ No ☐
13. Me despierto antes de hora:
Si ☐ No ☐
14. Soy totalmente incapaz de andar:
Si ☐ No ☐
15. Últimamente me resulta difícil contactar con la gente:
Si ☐ No ☐
16. Los días se me hacen interminables:
Si ☐ No ☐
17. Me cuesta subir y bajar las escaleras:
Si ☐ No ☐
18. Me cuesta coger las cosas:

Si ☐ No ☐
19. Tengo dolor al andar: Si ☐ No ☐
20. Últimamente me enfado con facilidad: Si ☐ No ☐
21. Creo que soy una carga para los demás: Si ☐ No ☐
22. Me paso la mayor parte de la noche despierto/a: Si ☐ No ☐
23. Siento que estoy perdiendo el control de mi mismo/a: Si ☐ No ☐
24. Tengo dolor cuando estoy de pie: Si ☐ No ☐
25. Me cuesta vestirme: Si ☐ No ☐
26. Enseguida me quedo sin fuerzas: Si ☐ No ☐
27. Me cuesta estar de pie mucho rato: Si ☐ No ☐
28. Tengo dolor constantemente: Si ☐ No ☐
29. Me cuesta mucho vestirme: Si ☐ No ☐
30. Creo que no tengo a nadie en quién confiar: Si ☐ No ☐
31. Las preocupaciones me desvelan por la noche: Si ☐ No ☐
32. Creo que no vale la pena vivir: Si ☐ No ☐
33. Duermo mal por las noches: Si ☐ No ☐
34. Me cuesta llevarme bien con la gente: Si ☐ No ☐
35. Necesito ayuda para caminar fuera de casa (bastón, muletas, etc.) Si ☐ No ☐
36. Tengo dolor al subir y bajar escaleras: Si ☐ No ☐
37. Me despierto desanimado: Si ☐ No ☐
38. Tengo dolor cuando estoy sentado/a: Si ☐ No ☐

En la lista siguiente señale "SI" para cada uno de los aspectos de su vida que se haya visto afectado por su salud. Conteste "NO" para aquellos aspectos que no estén afectados:

Actualmente su estado de salud, ¿le causa problemas con...

¿Su puesto de trabajo?

Si ☐ No ☐

¿Los trabajos domésticos?

Si ☐ No ☐

¿Su vida social?

Si ☐ No ☐

¿Su vida familiar?

Si ☐ No ☐

¿Su vida sexual?

Si ☐ No ☐

¿Sus pasatiempos y aficiones?

Si ☐ No ☐

¿Sus días festivos?

Si ☐ No ☐

Las puntuaciones obtenidas en cada área de la primera parte indican el grado en que padece problemas de salud en esa área concreta, reflejados en una escala que tiene un recorrido de 0 (ningún problema) a 100 (todos los problemas). En la segunda parte se indican cuantas categorías, de las 7 exploradas, se ven afectadas por sus problemas de salud.

ANEXO XIII: Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (37).

Instrucciones: Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus hábitos de sueño sólo durante el último mes. Tus respuestas deben reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes. Conteste a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solía acostarse por la noche?
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) le cuesta quedarse dormido después de acostarse por las noches?
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se levanta habitualmente por la mañana?
4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real ha mantenido por las noches?

Para cada una de las cuestiones siguientes, señale la respuesta más adecuada a su situación. Por favor, conteste a todas las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de...?
 - a. No poder conciliar el sueño después de intentarlo durante 30 minutos:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
 - b. Despertarse en mitad de la noche o de la madrugada:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
 - c. Tener que ir al baño:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
 - d. No poder respirar adecuadamente:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
 - e. Tos o ronquidos:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
 - f. Sensación de frío:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
 - g. Sensación de calor:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.

- ☐ Menos de una vez a la semana.
- ☐ Una o dos veces a la semana.
- ☐ Tres o más veces a la semana.
- h. Pesadillas:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
- i. Sentir dolor:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
- j. Otra causa (describa cual) _____
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.

6. Durante el último mes, ¿cómo calificaría, en general la calidad de su sueño?

- ☐ Muy buena.
- ☐ Bastante buena.
- ☐ Bastante mala.
- ☐ Muy mala.

7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
- ☐ Menos de una vez a la semana.
- ☐ Una o dos veces a la semana.
- ☐ Tres o más veces a la semana.

8. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo dificultad para mantenerse despierto mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna actividad social?

- ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
- ☐ Menos de una vez a la semana.
- ☐ Una o dos veces a la semana.
- ☐ Tres o más veces a la semana.

9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático resultó mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

- ☐ No ha resultado problemático.
- ☐ Solo ligeramente problemático.
- ☐ Moderadamente problemático.
- ☐ Muy problemático.

10. ¿Tiene pareja o compañero/a de habitación?

- ☐ No tengo pareja ni compañero/a de habitación.
- ☐ Sí tengo, pero duerme en otra habitación.

- ☐ Sí tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama.
- ☐ Sí tengo y duerme en la misma cama.

Si tiene pareja o compañero/a de habitación con el que duerme, ¿con qué frecuencia, durante el último mes, le ha dicho que ha tenido...

- a. Ronquidos fuertes:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
- b. Largas pausas entre las respiraciones mientras dormía:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
- c. Temblor o sacudidas de piernas mientras dormía:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
- d. Episodios de desorientación o confusión durante el sueño:
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.
- e. Otro tipo de trastorno mientras dormía, descríbalos _____
 - ☐ No me ha ocurrido durante el último mes.
 - ☐ Menos de una vez a la semana.
 - ☐ Una o dos veces a la semana.
 - ☐ Tres o más veces a la semana.

Interpretación: Las 4 primeras preguntas se contestan de forma concreta. Las restantes se contestan mediante una escala de 4 grados. Al ser corregido, sólo se valoran las 18 primeras preguntas, que nos informan de otros tantos componentes de la calidad de sueño: calidad subjetiva, latencia de sueño, duración de sueño, "eficiencia de sueño", perturbaciones de sueño (frecuencia de alteraciones como tos, ronquidos, calor, frío...), uso de medicación hipnótica, disfunción diurna (facilidad para dormirse realizando alguna actividad como cansancio). Cada componente recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3. Una puntuación 0 indica que no existen problemas a ese respecto, mientras que si es de 3 señala graves problemas a ese nivel. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una puntuación total (PT), que puede ir de 0-21. Según Buysse y cols, una PT de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala: una puntuación igual o inferior a 5 señalaría a los buenos dormidores.

