



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Proyecto de Investigación

Percepción y opinión del personal de enfermería acerca del cuidado a pacientes con crisis de abstinencia a sustancias tóxicas, en la guardia de dos efectores públicos de la ciudad de Rosario.

Por: Josué Atehortúa Zuleta

Directora:

Dra. Marta Ballesteri

Docente Asesor:

Dra. Nancy Martínez Salomón

Rosario, noviembre 28 de 2017

RESUMEN

La incidencia de los padecimientos subjetivos y consumo de sustancias tóxicas es cada vez mayor. Por lo anterior Enfermería es una figura clave en el cuidado y tratamiento, debido a su conocimiento, naturaleza de su profesión y cercanía con la familia. El objetivo del presente proyecto de investigación es analizar la percepción y opinión del personal de enfermería en relación con el Cuidado de pacientes con crisis de Abstinencia a sustancias tóxicas, en las guardias de dos efectores públicos de la ciudad de Rosario en el período agosto a noviembre de 2018. Se realizó un abordaje cualitativo, diseño descriptivo de tipo transversal prospectivo. La selección de la muestra se hizo de acuerdo con el total del personal asignado al servicio de guardia; los cuales reunieron los requisitos según criterios de exclusión siendo en total 91 Enfermeras/os y Licenciadas/os. El instrumento de medición utilizado será un cuestionario autoadministrado con preguntas semiestructuradas, validado por una prueba piloto y adaptado de acuerdo con el contexto Socioeconómico y fines del estudio de investigación, el cual consta de cinco dimensiones. Los resultados que se recabarán permitirán poner a prueba el supuesto hipotético y ser analizadas por estadística inferencial. El estudio descriptivo facilitará luego de su desarrollo y ejecución, un próximo estudio de investigación, que se plantea lo Observacional para medir el Cuidado que realiza enfermería en la recepción y asistencia a pacientes con crisis de abstinencia a sustancias tóxicas.

Palabras claves: Percepción, Opinión, Enfermería, Cuidado, Sustancias tóxicas.

INDICE GENERAL

	Pag.
Resumen y Palabras Claves	2
Indice General	3
Introducción	
Estado del Arte	4
Planteamiento del problema en estudio	8
Hipótesis y objetivos	8
Marco Teórico	9
Material y Métodos	
Tipo de Diseño	49
Contexto de la investigación	49
Población y Muestra	49
Técnica e instrumentos para la recolección de datos.	50
Personal a cargo de la recolección de datos	53
Plan de análisis	53
Plan de trabajo y Cronograma	54
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación de sitio	56
II. Instrumento de recolección de datos.	58
III. Resultados del estudio exploratorio	60
IV. Resultados de la prueba piloto	62
Bibliografía	63

INTRODUCCIÓN

Es importante mencionar que la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N°26.657/10, que se halla en proceso de reglamentación, constituye un hito fundamental en el país; vemos como esta define a la salud mental en el artículo 3° “como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (InfoLEG, 2010).

Esta definición introduce la dimensión social e histórica como parte constitutiva del proceso salud-enfermedad. Esta concepción habilita la posibilidad de interrogar y redefinir el objeto de estudio. Por lo tanto, se presenta un desafío: cómo hacer operativa esta definición para la construcción de nuevas clasificaciones que resulten sensibles y acordes a las problemáticas de salud mental en su contexto socio-histórico. Se entiende por clasificación el resultado de un trabajo de abstracción de los eventos que se presentan distribuidos y ordenados por el pensamiento según algunos atributos.

Por su parte, los sistemas de clasificación utilizados para el registro de patologías mentales, DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud), dan cuenta de la enfermedad individual (diagnosticable y tratable en un individuo) dejando por fuera la trama social, la historia y el contexto. Desde el modelo de atención comunitaria este tipo de clasificaciones reduce las problemáticas a la dimensión individual. Se centran en la dimensión clínica psicológica o médica desde una mirada tradicional, tomando como eje el par normal-anormal. Asimismo, en el documento “Experiencias Territoriales de Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones” se afirma que el desafío es generar un registro que dé cuenta de la complejidad y singularidad de estas problemáticas incluyendo la dimensión familiar, individual, comunitaria y social. Esta mirada de la salud mental indica que las distintas variables a evaluar por un sistema epidemiológico no deben quedar restringidas a la dimensión clínica psicológica o médica,

como tampoco al volumen de individuos portadores de ciertos criterios diagnósticos (Ministerio de Salud, 2013).

Ahora bien, nos centramos en la visión de los propios enfermeros/as trabajadores de salud mental, respecto de las potencialidades y dificultades que perciben en el proceso de implementación de la legislación vigente. La LNSM implica un cambio de paradigma en los modos de concebir, implementar y practicar las políticas, los servicios y las prácticas en salud mental. Los problemas de salud mental y las respuestas que se organizan en torno de su cuidado adquieren características específicas conforme los contextos político-sanitarios en que se desarrollan. (Tosi, A. Benítez, P. Garcete, E; et al., 2015).

Según describe el artículo 4 de LNSM “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” ”(InfoLEG, 2010).

En la actualidad el consumo de drogas representa un problema de salud pública de gran complejidad a nivel mundial, que repercute en el estado de salud del sujeto, en la familia y comunidades, así como en el sector económico y político. Además, se asocia a otros fenómenos sociales como el desorden público, la violencia, la inseguridad social, aumento de los actos delictivos, homicidios, crisis cultural e incremento de las demandas de los servicios de salud. (Informe de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2012; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). El Informe Mundial de Drogas en el 2012 reportó que el 42% de la población adulta consumió alcohol en ese año; en el 2014 la OMS reportó que el abuso de alcohol ocasiona la muerte de 3.3 millones de personas por año. En Argentina el 77.1% de la población adulta ha consumido alcohol alguna vez en la vida, de éstos el 55.7% ha consumido en el último año, y 6.6% presenta signos de dependencia al alcohol, Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA, 2010-2016). En cuanto al consumo de tabaco a nivel mundial el 22% de la población adulta lo consume, esta prevalencia es ligeramente mayor en la República Argentina ya que el 23.6% son consumidores activos, el 10.3% son consumidores diarios y el 13.3% son consumidores ocasionales (Ministerio de Salud, 2012) y cerca de seis

millones de personas mueren cada año por las consecuencias asociadas directamente al consumo de tabaco (OMS, 2013).

En la Argentina las continuas transformaciones determinaron modificaciones tanto en el ámbito sociocultural, como en la organización familiar, incidiendo en poco tiempo en una creciente expansión del consumo de sustancias tóxicas en los jóvenes, sobre todo en los sectores más vulnerables de la sociedad.

Todos estos aspectos tienen su impacto y configuran las actitudes de los profesionales sanitarios sobre el fenómeno del uso de sustancias tóxicas. Según la evidencia científica consultada, el cuidado y la asistencia de los/as enfermeros/ras pueden repercutir en la calidad de los cuidados proporcionados a estos pacientes. El cuidado de enfermería es un conjunto de acciones dirigidas a la protección, incremento y preservación de la salud, considerando la dignidad humana. Este cuidado está orientado a responder a las necesidades de salud actuales como a las enfermedades no transmisibles originadas principalmente por la adopción de estilos de vida poco saludables y de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y sustancias tóxicas.

En este orden de ideas, con respecto a los antecedentes sobre el planteamiento del tema propuesto para el proyecto de investigación se citan diferentes investigaciones referentes y relacionadas con la temática en cuestión, las cuales se presentan a continuación:

Según Crisóstomo, Y; Armendáriz, Nora; & Alonso, María (2016); el aumento progresivo del consumo del alcohol justifica la presencia de usuarios en las unidades de atención primaria, clínicas y hospitales. Debido a esto la prevención del consumo de alcohol es una prioridad para enfermería debido a sus funciones como responsable del cuidado, por tal motivo el objetivo del presente estudio fue identificar los conocimientos y creencias sobre el cuidado brindado al paciente alcohólico en los estudiantes de enfermería del nivel técnico de una escuela privada.

Por otra parte, Jesús Molina Mula et al” (2012) pretenden en su investigación, analizar cómo las actitudes, percepciones y conocimientos de las enfermeras influyen en la calidad de la atención a estos pacientes. Los resultados de la revisión pusieron de manifiesto que las creencias individuales, la edad, género, etnia y la religión influyen en las actitudes ante los

drogodependientes; que las actitudes de los profesionales difieren en base a los distintos roles, la socialización, el tipo y naturaleza del contacto con estos pacientes; que la institución donde se trabaja también influye; es patente una falta de formación en drogodependencias y una escasa presencia en los planes de estudio de pre y postgrado, y que los profesionales de enfermería han estado históricamente presentes en la atención a drogodependientes más que otros grupos de profesionales sanitarios y son pieza clave. Por todo ello, consideraron necesario profundizar en esta materia por la escasez de evidencia que aporte soluciones al respecto.

Asimismo, Hortensia Limonta Varona “et al” (2011) realizó un estudio en el servicio de adicción del Hospital CENSAM con el propósito de caracterizar la conducta del personal de enfermería como parte de la comunidad terapéutica, frente a pacientes con consumo de drogas ilegales tratados en ese centro. Definieron el número de 23 pacientes adictos a la cocaína, cuyas edades oscilaron entre los 15 y 25, la mayoría varones, exploraron los signos y síntomas más frecuente, la atención de enfermería fue oportuna ayudándolo a su recuperación mediante tratamiento psicoterapéutico.

Al respecto, María Eva Bustamante “et al” (2012) determinaron mediante la escala de actitudes de Likert que: tanto para Licenciados como para Auxiliares no se define una percepción sólida del sentimiento de preparación para abordar a estos usuarios, lo cual se puede relacionar en ambos casos a la escasa antigüedad laboral, ya que la mayor parte de ambos colectivos se encontraron aún en etapa formativa. La mayoría en los dos colectivos demandaron mayor capacitación desde lo curricular hasta lo extracurricular, necesidad de formación permanente y de cursos dentro del servicio adecuados y aplicables a la práctica. Se marcaron diferencias de los auxiliares y licenciados, donde se observa un marcado sentimiento de falta de preparación en auxiliares, y un mayor reconocimiento de necesidad de formación por parte de los Licenciados. No hay antecedentes que desarrollen la percepción y opinión del personal de enfermería acerca del cuidado a pacientes con crisis de abstinencia a sustancias tóxicas. Se cree que es necesario realizar un aporte de conocimientos al quehacer diario, a la realidad actual; su vez, la educación continua, las actualizaciones referentes al problema de investigación, el trabajo interdisciplinario y una evaluación periódica de la calidad de atención a los sujetos padecientes y el clima

organizacional cobran vital importancia para mejorar la calidad y eficacia del cuidado y las interrelaciones entre colegas y los pacientes que cursan esta situación.

Definición del problema

¿Cuál es la Percepción y opinión del personal de enfermería acerca del cuidado a pacientes con crisis de Abstinencia a sustancias toxicas, en la guardia de dos efectores públicos de la ciudad de Rosario en el período agosto a noviembre de 2018?

Supuesto hipotético

Las falencias y el déficit, en el cuidado y asistencias brindados por el personal de enfermería a la población juvenil y adulto joven con Síndrome de Abstinencia a Sustancias Toxicas afecta la calidad de la atención del sujeto, del colectivo particular, y por ende repercute en el proceso salud-enfermedad- atención,

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la Percepción y opinión del personal de enfermería en relación con el Cuidado a pacientes con crisis de Abstinencia a sustancias toxicas, en dos efectores públicos de la ciudad de Rosario en el período agosto a noviembre de 2018.

Objetivos Específicos

- Reconocer la percepción en cuanto a los aspectos cognitivos del personal de enfermería.
- Describir la percepción ante la intervención al paciente en crisis de abstinencia a sustancia toxicas.
- Describir el funcionamiento del equipo interdisciplinario.

- Conocer la percepción con respecto al entorno del paciente.
- Identificar la opinión con respecto a la planificación de los cuidados.
- Conocer la opinión con respecto a la coordinación del equipo interdisciplinario.

MARCO TEORICO

Para comenzar, la Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, hace referencia en que “los sistemas de salud en todas partes del mundo deben enfrentar enormes desafíos para poder brindar atención y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Los recursos disponibles son insuficientes, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente”. En consecuencia, una gran mayoría de las personas con estos trastornos no reciben ninguna forma de atención.

Por su parte, el Ministerio de Salud Mental y Adicciones de la Argentina expresa que “en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, entre otros, el derecho a que dicho padecimiento no sea considerado un estado inmodificable”.

Asimismo, La “Guía Básica de criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la red de servicios de salud mental” elaborada por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y el Ministerio de Salud de la Nación, (2014) recomienda la creación de Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales. En dicha Guía, se recomienda la elaboración de un proyecto de adecuación de cada hospital general para la incorporación del servicio de salud mental, y donde se establecen una serie de sugerencias para su establecimiento.

Dentro de estas sugerencias, la Dirección Nacional de Salud y adicciones de la Presidencia de la Nación plantea –en el capítulo V de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657- la

construcción de la Red de Servicios con Base en la Comunidad, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de comunidad. Se considera el paradigma de Salud Mental Comunitaria, integrador de diversas disciplinas como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional, el saber de la comunidad y la del propio usuario, entre otros como el trabajo intersectorial, solidario, participativo y territorial, es el modelo que seguir.

Que, en tal sentido, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y el Ministerio de Salud de la Nación elaboraron pautas y herramientas para la atención integral frente al consumo excesivo de sustancias, en particular el alcohol para generalizar prácticas apropiadas frente a esta problemática, ya que las adicciones y los consumos problemáticos no se encuentran incluidos adecuadamente en el campo de la Salud/Salud Mental, para lo cual propone los siguientes objetivos:

1º- Articular interdisciplinaria e intersectorialmente, las políticas sobre adicciones para integrarlas al campo de la salud con base en la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario.

2º- Incluir las adicciones y los consumos problemáticos en la red de servicios de Salud/Salud Mental con base comunitaria, en la promoción, prevención, atención e inclusión social. Que, además, el consumo problemático y de sustancias psicoactivas constituye un grave problema social y de salud pública, presentándose como una de las principales causas de carga de morbilidad y constituyendo un factor de riesgo de homicidios, accidentes de tránsito, suicidios, conductas violentas, etc. (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2017).

Ahora bien, para entrar en contexto sobre la historia de las drogas, Correa de Carvalho (2007), menciona que el consumo de drogas ha acompañado al hombre a lo largo de la historia, quien las utilizó para calmar el hambre, la sed, los dolores, la cura de enfermedades, etc. Asimismo, en tiempos de la antigüedad se las utilizaba para el intercambio afectivo y solidario entre los miembros de un grupo (la pipa de la paz), y como una función mediadora con la divinidad. Si bien las drogas han estado presentes en la historia de la humanidad, con el paso del tiempo han ido cambiando el tipo de sustancias y las formas de consumo.

Del mismo modo, y como lo menciona el documento “De la salud a la adicción: Evoluciones Históricas de las Adicciones”; hoy el consumo de drogas se presenta como un fenómeno complejo, dinámico en la evolución, con indicadores propios, como es el inicio en el consumo a edades cada vez más tempranas y la presencia de drogas en todo ámbito y estructura social. Recordemos entonces que el hombre siempre ha consumido drogas, las drogas más antiguas eran naturales se obtenían generalmente de plantas. En la actualidad existen drogas fabricadas completamente en los laboratorios. Todas ellas tanto naturales o artificiales responden a la definición de “droga”.

Además, según (Isaza M., Fuentes G., Marulanda M; et at., 2014) las cosas que entran en nuestro cuerpo por cualquier vía –oral, epidérmica, venosa, rectal, intramuscular, subcutánea- pueden ser asimiladas, y convertidas en materia para nuevas células, aunque pueden también resistir esa asimilación inmediata. Las que se asimilan de modo inmediato merecen el nombre de alimentos, pues gracias a ellas renovamos y conservamos nuestra condición orgánica. Entre las que no se asimilan inmediatamente cabe distinguir dos tipos básicos: a) aquellas que –como el cobre o la mayoría de los plásticos, por ejemplo- son expulsadas intactas, sin ejercer ningún efecto sobre la masa corporal o el estado de ánimo; b) aquellas que provocan una inmensa reacción. Este segundo tipo de cosas comprende las drogas en general., y retomando la idea siempre presente que una droga es un veneno y un remedio al mismo tiempo, dependiendo su uso. (Isaza M., Fuentes G., Marulanda M; et at., 2014). Definir el concepto de droga no es tarea sencilla. Existen muchas acepciones en cuanto al término, este está lleno de matices y es objeto de numerosas formulaciones, por ello es pertinente aclarar que se entiende por droga.

En el ámbito de las ciencias no jurídicas, principalmente las Ciencias de la Salud (entendido en sentido amplio), las sustancias psicotrópicas suelen definirse según Gisbert Grifo, M. S. et al; como aquellas sustancias que se caracterizan por tener efectos sobre el sistema nervioso central y, de este modo, alterar la actividad psíquica, es decir, los procesos mentales del sujeto que las consume. En este sentido, es frecuente utilizar el término “sustancia psicoactiva” como sinónimo de “sustancia psicotrópica”

La droga como problema se constituyó como tal en la modernidad; a tal efecto el Estado emerge con su voluntad de intervenir sobre estos consumos. A finales del S XIX se acuñó

el término toxicomanía, de allí que para las sociedades occidentales la toxicomanía se plantea como un problema social. Según Escotado, A. (1996), en los años sesenta (en EE.UU.) se constituyó un discurso crítico sobre la prohibición de drogas que venía operando; en el cual se propone: “abordar la dependencia de cualquier droga como algo que deriva del individuo, no de la droga. Se considera al usuario de drogas como enfermo. El teraputismo según Boccalari, 2014; había sido descartado décadas atrás por ser incompatible con la represión, ahora iba prosperando la idea de que curar y reprimir son cosas complementarias, y esta complementariedad irá creando una gama de nuevos asesores y expertos. Lo que Szasz denomina farmacracia, es decir el poder sobre drogas, solo se constituye cuando a los represores y organizaciones de tráfico ilícito se añade este sector”, es decir un grupo de instituciones y profesionales dedicados a tratamientos específicos en adicciones, encuestas y análisis (Boccalari, 2014).

Al hablar de droga, según el diccionario de la Real Academia Española, droga es cualquier “sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”. En su segunda acepción, droga es cualquier “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”

Según la Organización Mundial de la Salud (1994), “Droga (drug) Término de uso variado; en medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos” (OMS, 1994).

El término drogas visto desde un punto de vista estrictamente científico puede definirse en términos generales como un agente químico que afecta el protoplasma de organismos vivos y pocas sustancias podrían escapar de su inclusión en esta definición,” (Goodman & Gilman 2011, Bases farmacológicas de la terapéutica 12 Edición pág. 3) En ese sentido

droga puede compararse formalmente dentro de la farmacología y dentro de la medicina con un fármaco, es decir que droga y fármaco pueden utilizarse como sinónimos. (Rang y Dale 2016, Farmacología, 8 edición pag1). La farmacología es la ciencia que tiene por estudio los efectos de las sustancias químicas sobre las funciones de los organismos vivos. la acción y distribución de los fármacos en el cuerpo humano. Los fármacos pueden ser compuestos químicos sintéticos, sustancias obtenidas a partir de plantas o animales, o moléculas sintetizadas mediante técnicas de ingeniería genética

Existe una segunda concepción que es de carácter social, según ésta las drogas son sustancias prohibidas, nocivas para la salud, de las cuales se abusa y que en alguna forma traen un perjuicio individual y social (Guerrero Villanueva, Martha y Canales Pichardo, Víctor M, 1999).

Como se puede ver en el documento orientativo para la prevención y tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias y adicciones (2015), un elemento importante es la intencionalidad y el propósito de alterarse mentalmente en algunas de las formas, ya sea deprimiéndose, alucinándose o estimulándose. Luego nos queda el problema dónde actúan estas sustancias, ya que todas estas drogas tienen un elemento básico en el organismo que es el sistema nervioso central el cual es la estructura más delicada y el más importante que tiene el ser humano, y si estas sustancias actúan sobre esas estructuras dañándolas, perjudicándolas, indudablemente que van constituir un elemento grave y peligroso para la colectividad; para la salud individual y lógicamente para la salud pública (Gobierno de Santa Fe, 2015).

Por su parte, del documento Drogas: más información, menos riesgo; publicado por la Presidencia de la República Oriental del Uruguay, se extrae la siguiente información: Según su grado de dependencia se pueden clasificar en drogas "duras" y "Blandas", Las drogas Duras son aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial, es decir, que alteran el comportamiento psíquico y social del adicto, como el opio y sus derivados, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos.

Las Drogas Blandas son las que crean únicamente una dependencia psicosocial, entre las que se encuentran los derivados del cáñamo, como el hachís o la marihuana, la cocaína, el ácido lisérgico, más conocido como LSD, así como también el tabaco. Esta

división en "blandas" y "duras" es cuestionada por muchos estudiosos del tema ya que consideran que se podría sugerir con ella que las "duras" son malas y, por consiguiente, las "blandas" son buenas o menos malas y no es así, ya que a partir de determinadas dosis y según la forma de ser administradas, las drogas "blandas" pueden tener efectos tan nocivos como las "duras".

Hay que tener presente que a partir de determinadas dosis las drogas denominadas "blandas" pueden tener efectos tan nocivos como las consideradas "duras".

Por su parte, el National Institute on Drug Abuse expresa que “La dependencia es el estado fisiológico del individuo mediante el cual crea y mantiene constantemente un deseo de ingerir alguna sustancia. Si este deseo se mantiene por mecanismos metabólicos y su falta crea un síndrome de abstinencia, se denomina dependencia física. Si la dependencia se mantiene por mecanismos psicosociales, suele definirse como dependencia psíquica o psicosocial.

Desde un punto de vista farmacológico, las drogas se dividen en narcóticos, como el opio y sus derivados la morfina, la codeína y heroína; estimulantes, como el café, las anfetaminas, el crack y la cocaína, y alucinógenos, como el LSD, la mezcalina, el peyote, los hongos psilocibios y los derivados del cáñamo, como el hachís (Goodman & Gilman, 2011; pág. 650 capítulo 24 sección 2).

Tipos de drogas según sus efectos son clasificadas en: Narcóticos, la palabra narcótico es un vocablo griego que significa "cosa capaz de adormecer y sedar". A pesar de que esta palabra se usa con frecuencia para referirse a todo tipo de drogas psicoactivas, es decir, aquellas que actúan sobre el psiquismo del individuo, los campos de los narcóticos se pueden dividir en la actualidad en varios grupos, que son los siguientes: Opio, opiáceos y sucedáneos sintéticos, Neurolépticos o tranquilizantes mayores; ansiolíticos o tranquilizantes menores, somníferos o barbitúricos, grandes narcóticos o anestésicos generales (Rang y Dale, 2016; capítulo 48, pág. 590-594).

Los neurolépticos o tranquilizantes mayores, se trata de sustancias utilizadas para tratar la depresión, las manías y las psicosis, y muchas de ellas se venden sin prescripción médica en la mayoría de farmacias. Entre éstas se encuentran las fenotiazinas, el

haloperidol y la reserpina (Isaza M., Fuentes G., Marulanda M; et at., 2014; pág. 256-258).

Conocidos como neurolépticos (del griego neuro, "nervio", y leptó, atar, producen un estado de indiferencia emocional, sin alterar la percepción ni las funciones intelectuales. Sumamente tóxicos, poseen efectos secundarios tales como parkinsonismo, destrucción de células de la sangre, arritmia cardíaca, anemia, obstrucción hepática, vértigos, retención urinaria, estreñimiento, irregularidad menstrual, atrofia testicular, congestión nasal, bruscos ataques de parálisis muscular, síndromes malignos como hipertermia y muerte inesperada (Isaza M., Fuentes G., Marulanda M; et at., 2014; pág. 259).

Según (Montero, 2014) Los Ansiolíticos o tranquilizantes menores, habitualmente usados para tratar las neurosis, la etimología de su nombre, ansiolíticos, significa "liquidador de la ansiedad". En el mercado español se comercializan con distintos nombres. Según estadísticas farmacológicas actuales, estas drogas constituyen la mitad de todos los psicofármacos consumidos en el mundo, a pesar de que producen un síndrome de abstinencia muy grave. En dosis mayores funcionan como hipnóticos o inductores del sueño; también algunos se usan como relajantes musculares. Otros de sus efectos es que producen letargia, estupor y coma, con relativa facilidad. En caso de adicción pueden inducir a la aparición de alteraciones hemáticas. Al abandonar su consumo pueden aparecer episodios depresivos, desasosiego o insomnio, que suelen ser muy duraderos (Montero, 2014).

Los somníferos o barbitúricos estas sustancias se popularizaron cuando en Estados Unidos aparecieron las primeras leyes que prohibían el alcohol, el opio y la morfina. Su uso puede provocar lesiones en el hígado o en los riñones, producir erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, hipotensión, estreñimiento y tendencia al colapso circulatorio.

La intoxicación aguda puede llegar a provocar la muerte, que sobreviene por lesión del cerebro debida a la falta de oxígeno y a otras complicaciones derivadas de la depresión respiratoria. La dependencia física se genera entre las cuatro y las seis semanas. Con frecuencia, el síndrome de abstinencia suscita cuadros de delirium tremens (Goodman & Gilman, 2011; pág. 657 cap. 24).

Además, dentro de los narcóticos existen varias sustancias usadas en anestesia general que merecen estar incluidas en este grupo por su capacidad de producir sopor o estupefacción, mayor que la de cualquier estupefaciente en sentido estricto. En dosis leves produce una primera fase de excitación cordial, como el alcohol, y luego sedación y sopor.

También generan tolerancia y, en consecuencia, adicción, pudiendo ocasionar intoxicaciones agudas, e incluso la muerte. El fentanil, dentro del grupo de los grandes narcóticos, posee cuarenta veces más potencia que la heroína y es el más usado actualmente en las intervenciones quirúrgicas, debido a su bajo índice de toxicidad para el corazón y para el sistema nervioso. El Opio y sus derivados con el nombre popular de adormidera o amapola se conoce el fruto del cual se obtiene el opio y sus derivados. Se extrae de los granos que contiene el fruto y entre sus usos medicinales se encuentran la supresión del dolor, el control de los espasmos y el uso como antitusígeno (Isaza M., Fuentes G., Marulanda M; et al., 2014; capítulo 7 pág. 205).

Este narcótico produce un estado de euforia y ensoñación; una sensación de éxtasis que se acorta rápidamente a causa de la tolerancia. Al poco tiempo de uso, los adictos experimentan síntomas de abstinencia entre una y otra toma, que se caracterizan por presentar un cuadro pseudo-gripal en el curso de las primeras 12 horas: estornudos, sudoración, lagrimeo, bostezos y dolores musculares. Luego de 36 horas de abstinencia los síntomas se intensifican. Aparecen escalofríos, sofocos, insomnio, diarrea, incremento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea. Si no se repite la toma, los síntomas declinan en los diez días subsiguientes. En cambio, si se prolonga su uso, se inicia el camino de la dependencia sin atenuantes, cuyos efectos físicos son: epidermis enrojecida, pupilas contraídas, náuseas, decaimiento de la función respiratoria, pérdida de reflejos, falta de respuesta a los estímulos, hipotensión, desaceleración cardíaca, convulsiones, riesgo de muerte (Rang y Dale 2016, pág. 538, capítulo 44).

Los efectos psicológicos son similares a los de otros estimulantes: euforia, energía, placer, vigor sexual. Pero en cuanto decae la acción de la droga, aparece la angustia, la depresión, el abatimiento y la desazón. El opio produce adicción, tolerancia y dependencia física y psíquica. La intensidad del síndrome de abstinencia, y su gravedad, depende de

varios factores: tipo de droga, tiempo de uso, personalidad del consumidor, etcétera.

Los primeros síntomas comienzan a parecer ocho horas después de la última dosis con lagrimeo, sudoración, bostezos y sueño agitado. A continuación los síntomas se agudizan gradualmente y aparecen: irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito, debilidad y depresión. Le sigue un cuadro gastrointestinal severo con náuseas y vómitos, dolores, cólicos y diarreas, lo cual provoca una deshidratación importante. Le siguen flashes de frío y calor, contracturas musculares y dolores óseos en la espalda, los brazos y las piernas (Infodrogas, 2008).

Según (Good & Gilman, 2011; pág. 663), El Cannabis sativa - Hachís – Marihuana: es un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, pudiendo llegar una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachís. Su componente psicoactivo más relevante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados. Se consume preferentemente fumada, aunque pueden realizarse infusiones, con efectos distintos. Un cigarrillo de marihuana puede llegar a contener 150 mg. de THC, y llegar hasta el doble si contiene aceite de hachís, lo cual según algunos autores puede llevar al síndrome de abstinencia si se consume entre 10 y 20 días. La tolerancia está acreditada, siendo cruzada cuando se consume juntamente con opiáceos y alcohol. Respecto a la dependencia, se considera primordialmente psíquica. Los síntomas característicos de la intoxicación son: ansiedad, irritabilidad, temblores, insomnios, muy similares al de los benzodiazepinas (Good & Gilman, 2011; pág. 663).

En la actualidad, existe acuerdo científico en que la marihuana no puede considerarse medicamento en ninguna de las formas en que es consumida por los adictos. Al tratar su posible uso como medicamento, se distingue entre la marihuana y el THC puro y otros químicos específicos derivados del cánnabis. La marihuana pura contiene cientos de químicos, algunos de ellos sumamente injuriantes para la salud (Braulio & Bueno, s.f.).

El THC afecta a las células del cerebro encargadas de la memoria. Eso hace que la persona tenga dificultad en recordar eventos recientes (como lo que sucedió hace algunos minutos), y hace difícil que pueda aprender mientras se encuentra bajo la influencia de la droga. Para que una persona pueda aprender y desempeñar tareas que requieren de más de dos pasos, es necesario que tenga una capacidad normal de memoria a corto plazo. Estudios

recientes demuestran que la marihuana crea disfunciones mentales y disminución de la capacidad intelectual en las personas que la fuman mucho y por muchos años. En un grupo de fumadores crónicos en Costa Rica, se encontró que los sujetos tenían mucha dificultad en recordar una corta lista de palabras (que es una prueba básica de memoria). Las personas en el estudio también tuvieron gran dificultad en prestar atención a las pruebas que se les presentaron.

Según (Goodman & Gilman, 201; pág. 663 cap.24), los estimulantes vegetales como: el café, el té, el mate, la cola, el cacao, el betel y la coca son plantas que crecen en muchas partes del mundo. A pesar de que algunas de estas plantas suelen consumirse repetidas veces al día durante buena parte de la vida, son sustancias tóxicas que poseen efectos secundarios. Los efectos de la intoxicación crónica se pueden observar en los catadores de té. Tanto los catadores británicos como los hindúes padecen cirrosis, agitación, angustia, temblores, insomnio, náuseas y vómito. El cacao era consumido por los aztecas debido a su contenido de cafeína y de teobromina. Sin embargo, los chocolates actuales no suelen contener estos alcaloides.

Aunque los estimulantes vegetales son considerados inocuos, conviene moderar su consumo ya que se trata de sustancias tóxicas susceptibles de producir efectos secundarios nocivos (Stoppard, Miriam, 2000).

Según (Isaza M., Fuentes G., Marulanda M; et at., 2014; pág. 302) la coca, hoja del arbusto indígena americano «*Erythroxylon coca*», pertenece al grupo de los estimulantes. Su consumo es ancestral en ciertas partes de Latinoamérica, donde es una práctica habitual mascar las hojas, siendo una gran mayoría de los consumidores de las zonas donde se cultiva. Su efecto sobre el sistema nervioso central es menor que los de la cocaína, dado que para extraer un gramo de esta sustancia se necesitan 160 hojas de coca. La coca es consumida mascándola con algún polvo alcalino como cenizas de vegetales o cal. También es fumada tanto sola como mezclada con tabaco y marihuana. La masticación de coca fue objeto de estudio por determinados facultativos, como CHOPRA (1958), comprobando síntomas de abstinencia, depresión, fatiga, toxicidad y alucinaciones, seguidos por NEGRETE (1967), BRUCK (1968) quienes recogían lesiones cerebrales también en masticadores que la consumían frecuentemente.

Los estimulantes químicos como la cocaína: en los casos de intoxicación aguda, produce, en consecuencia, un acusado efecto estimulante psicomotor y potencia los efectos periféricos de la actividad nerviosa simpática. En los seres humanos, la cocaína produce euforia, verborrea, aumento de la actividad motora e intensificación de las sensaciones placenteras. Los consumidores se sienten alerta, con mayor energía y fuerza física, y consideran que tienen potenciadas sus capacidades mentales. Estos efectos son parecidos a los de las anfetaminas, si bien la cocaína tiene menor tendencia a producir conductas estereotipadas, delirios, alucinaciones y paranoia que estas últimas. (Rang y Dale 2016 pág. 592, cap. 48).

La cocaína es un alcaloide contenido en las hojas del arbusto «*Erythroxylon coca*» siendo químicamente un derivado de la latropina. Es un estimulante cerebral extremadamente potente, de efectos similares a las anfetaminas. Además, es un enérgico vasoconstrictor y anestésico local, siendo absorbido por las mucosas nasales cuando se la aspira, se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina. Fue usada inicialmente para el tratamiento de trastornos respiratorios y depresivos. Por su efecto analgésico, se usó en intervenciones quirúrgicas. Posteriormente se empleó con fines militares por su efecto vigorizante y el componente de agresividad que otorga. A comienzos del Siglo XX comienza a consumirse por aspiración nasal. En esta época, eran prácticamente desconocidos sus efectos perjudiciales por lo que estaba presente en las fórmulas de bebidas, jarabe contra la tos, lociones capilares, y hasta cigarrillos. (Goodman & Gilman 2011, 12 Edición, pagina 573 capítulo 20).

En 1909 existían en EE.UU. más de 70 bebidas registradas con componentes de cocaína, lo que incrementó la producción en los países donde se cultivaba coca, fundamentalmente Perú. Los estudios del uso de cocaína comenzaron, con FREUD, al que siguieron HEMMOND (1887) y BOSE (1902), los cuales encontraron sintomatología aguda y crónica en el consumo.

Recientemente, en la década de 1980, los experimentos sobre patrones de consumo y cantidades certificaron sus efectos sobre la adrenalina, muy relacionada con la agresividad. En las dos últimas décadas hubo un enorme incremento en la cantidad de personas adictas a la cocaína, resaltándose como dato significativo la adicción simultánea a

otras sustancias. Las consecuencias de su consumo son complejas, involucrando daños de muy diversa índole: cerebrales, sociales, familiares, medioambientales, etc.

Según (Puskovic, 2009), La cocaína estimula el sistema nervioso central, actuando directamente sobre el cerebro. Sus efectos fisiológicos inmediatos son: sudoración, aumento en la potencia muscular, midriasis, incremento de actividad cardíaca y presión sanguínea, dilatación de los vasos sanguíneos periféricos, convulsiones, aumento en el ritmo respiratorio y de la temperatura corporal. Estos síntomas pueden provocar la muerte por paro cardíaco o fallas respiratorias. Además, se presentan irritaciones y úlceras en la mucosa nasal. Comúnmente causa congestión nasal, que puede presentarse o no con secreción líquida (Puskovic, 2009).

Para Patiño (2012), El uso por vía inyectable expone al adicto a infecciones de SIDA, hepatitis B y C, y otras enfermedades infectocontagiosas. La infección con el HIV puede producirse por la transmisión directa de virus al compartir agujas y otros dispositivos contaminados. Además, puede producirse indirectamente por transmisión prenatal a un niño cuya madre está infectada con el HIV. El uso y abuso de drogas ilícitas, incluyendo el crack y la cocaína, se han convertido en el principal factor de riesgo de contagio con el virus HIV. Sumado a ello, la hepatitis “C” se está difundiendo rápidamente entre los adictos que se inyectan; el índice de infección varía entre el 65 y el 90 por ciento en este grupo de personas, de acuerdo, al país. Hasta hoy, no se ha descubierto una vacuna contra el virus de la hepatitis C, y el único tratamiento disponible es caro, muchas veces infructuoso, y con serios efectos colaterales (Patiño, 2012).

La cocaína es una droga extremadamente adictiva, cuyos efectos se perciben en un lapso de 10 segundos y duran alrededor de 20 minutos. Actúa directamente sobre los centros cerebrales encargados de las sensaciones del placer. Dada su alta capacidad de producir daños y hasta destrucción celular, las sensaciones que eran placenteras en sujetos recién iniciados se convierten en efectos desagradables como agitación, llanto, irritabilidad, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, delirio paranoide, amnesia, confusión, fobias o terror desmedido, ansiedad, estupor, depresión grave y tendencias suicidas. Los efectos psíquicos reconocidos por la mayoría de los autores y recogidos en publicaciones recientes incluyen euforia, inestabilidad, aumento de la comunicación verbal y de la seguridad en

uno mismo, inquietud, anorexia, insomnio e hipomanía. El adicto experimenta pérdida de interés e imposibilidad de sentir placer ante la falta de la sustancia. Así, la cocaína se convierte en el único objetivo y motivo en la vida del adicto, desplazando todo tipo de sentimientos. La cocaína es consumida por muy variados tipos de sujetos y motivos (Goodman & Gilman 12 Edición, pág. 662).

Por su parte (Fernández-Espejo, 2002) expone que La adicción a la cocaína posee condicionantes que la desencadenan, que pueden ser el reforzamiento de una personalidad insegura, que recibe un apoyo en el estímulo del tóxico. En lugar de tratar este déficit patológico con antidepresivos o fármacos estabilizadores del estado de ánimo se recurre a una vía aparentemente rápida. Dado que los efectos de la cocaína sobrepasan su punto álgido a los treinta minutos, el individuo precisa varias dosis durante el día para alcanzar cierta estabilidad emocional y evitar el efecto disfórico que la propia droga ocasiona luego de varias horas desde la ingesta (Fernández-Espejo, 2002).

El Crack: también denominado "cocaína del pobre", acarrea un grave riesgo social y sanitario, por la dependencia que provoca y los efectos nocivos que ocasiona en el organismo. Se obtiene de la maceración de hojas de coca con kerosene y compuestos sulfurados, que lavada posteriormente con ciertos elementos volátiles, se convierte en el clorhidrato de cocaína. La denominada base es un tóxico de mayor potencial nocivo que la cocaína, posee impurezas que impiden su administración endovenosa. Se ingiere por inhalación, lo que conlleva lesiones en la mucosa nasal y en el aparato digestivo. También se consume fumada en cigarrillos o pipas diseñadas al efecto (Martínez, 2011).

La intoxicación por esta sustancia implica cuadros delirantes seguidos de procesos depresivos intensos. Sus consecuencias nocivas sobre el organismo son equiparables a las de las anfetaminas administradas por vía endovenosa, desestructurando la personalidad, y colocándola en una adicción compulsiva.

Las lesiones orgánicas son evidentes e irreversibles. Usualmente, los adictos crónicos o aquellos que llevan varios meses con ingestas de relevante cantidad y de forma continuada, sufren patologías mentales graves y crónicas como demencia o paranoia. Las lesiones en el cerebro son irreversibles.

Las anfetaminas: fueron sintetizadas por primera vez entre la última década del siglo XIX y la primera del siglo XX. Los primeros experimentos clínicos se iniciaron hacia 1930, y desde 1935 se comercializó con gran difusión en el Reino Unido, Francia y Alemania. Durante la Segunda Guerra Mundial fue utilizada indiscriminadamente por todos los bandos, dado el carácter euforizante que contiene la sustancia y la agresividad otorga.

Las anfetaminas fueron utilizadas como estimulantes, luego en forma de inhalaciones para el tratamiento de catarrros y congestiones nasales, más tarde como píldoras contra el mareo y para disminuir el apetito en el tratamiento de la obesidad y, finalmente, como antidepresivos. Presentan una elevada tolerancia, que produce habituación y necesidad de dosis progresivamente más elevadas. (Documento: Adolescentes, las Anfetaminas y las drogas de síntesis).

Según (Fernández, 2010), El consumo de este excitante está ampliamente extendido y distribuido por todas las clases sociales. A diferencia de lo que sucede con la cocaína que la consumen preferentemente los sectores medios y altos, las anfetaminas son consumidas tanto por ejecutivos que pretenden sobreexcitación como por amas de casa que buscan un anoréxico para sus dietas o por estudiantes que preparan exámenes (Fernández, 2010).

Los efectos principales a nivel central de los fármacos pertenecientes a la familia de las anfetaminas son: Estimulación locomotriz., Euforia y agitación, Insomnio, Aumento de la sensación de vigor, Anorexia, Efectos psicológicos a largo plazo; síntomas de psicosis, ansiedad, depresión y anomalías cognitivas. Además, las anfetaminas tienen propiedades simpaticomiméticas periféricas, como el aumento de la presión arterial y la inhibición de la motilidad gastrointestinal. En los seres humanos, las anfetaminas producen euforia; cuando se administran por vía intravenosa, es tan intensa que se suele describir como un «orgasmo». Los sujetos que la consumen adquieren sensación de confianza, hiperactividad y locuacidad, y se dice que aumenta también el impulso sexual. La fatiga mental y física se reduce, y tanto la anfetamina como los compuestos afines causan una anorexia significativa, aunque con la administración crónica este efecto se atenúa y la ingesta alimentaria vuelve a ser norma. El consumo de anfetaminas puede conducir a actuaciones agresivas, al igual que los barbitúricos y el alcohol, por su gran efecto euforizante, unido a

un descontrol en los instintos inhibitorios. (Rang y Dale, 2016, pág. 589, capi 48).

Por su parte (Urrutia, 2013) menciona que tales situaciones se producen cuando las dosis suministradas, generalmente por vía endovenosa, superan los 2 gr. Está demostrado un mayor potencial en las anfetaminas que en la cocaína, tanto en su punto más álgido como en la duración de los efectos. Reacciones muy graves se producen al consumirlas con barbitúricos en el conocido fenómeno de la pluritoxicomanía. Tomadas en dosis importantes son causantes de confusión, tensión, ansiedad aguda y miedo. También pueden precipitar psicosis paranoide en sujetos no psicóticos. La psicosis anfetamínica desarrollada por el sujeto se asemeja a la psicosis paranoica y a la esquizofrenia paranoica (Urrutia, 2013).

Ahora bien, según (Castellano, 1995), en el ámbito mundial existen consensos y guías, las cuales se citan a continuación El DSM-IV-TR y la CIE-10 son dos clasificaciones internacionales de los trastornos mentales resultado del consenso al que han llegado un gran número de expertos con el objetivo de unificar aspectos terminológicos y criterios diagnósticos en relación con dichos trastornos. “DSM-IV-TR” son las siglas utilizadas para referirse a la cuarta edición (IV) revisada (TR). (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” de la Asociación Americana de Psiquiatría).

Por otra parte se encuentra el “CIE-10” que corresponde a la décima revisión de la “Clasificación Internacional de las Enfermedades” elaborada por la OMS, cuyo capítulo V, que es el que aquí interesa, tiene como rúbrica: “Trastornos mentales y del comportamiento”. Las compatibilidades y similitudes entre una y otra clasificación son cada vez mayores y, de hecho, las últimas revisiones han ido acercando cada vez más sus contenidos El DSM-IV-TR contiene un capítulo dedicado a los “trastornos relacionados con sustancias” y el capítulo V de la CIE-10 dedica un epígrafe a los “trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de psicótopos”. En ambos textos se analizan trastornos como la dependencia, la intoxicación o el síndrome de abstinencia que serán objeto de un análisis detenido en capítulos posteriores. En este capítulo nos interesan, de manera especial, aquellos aspectos relacionados con las sustancias a las que se refieren, así como la terminología empleada para aludir a ellas (Organización Panamericana de la Salud, 1994).

El DSM-IV-TR contiene un capítulo dedicado a los “trastornos relacionados con sustancias” y el capítulo V de la CIE-10 dedica un epígrafe a los “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psicótopos”. En ambos textos se analizan trastornos como la dependencia, la intoxicación o el síndrome de abstinencia que serán objeto de un análisis detenido en capítulos posteriores. En este capítulo nos interesan, de manera especial, aquellos aspectos relacionados con las sustancias a las que se refieren, así como la terminología empleada para aludir a ellas (Casanueva, 2013).

Según Fernández & Martínez, 2014; la adicción, también conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son: deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio. Tendencia a incrementar la dosis. Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga. Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. Para Lewkowicz, 2016, La adicción no existe biológicamente, solo se materializa en la experiencia subjetiva del adicto; y sin una causa orgánica o psicógena, no puede haber una enfermedad llamada adicción. La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma (Lewkowicz, 2016).

En relación con lo expuesto anteriormente, se entiende por “Adicción” a: “Relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cumulo de tensión en la persona, la cual es aliviada con la obtención de dicho objeto. Se da en un contexto cultural y familiar y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad” (Fernández & Martínez, 2014).

Ahora bien, detengámonos un poco en esta definición. Cuando hablamos de “relación” y “objeto” es importante tener en cuenta que no es cualquier relación y que cualquier objeto no da lo mismo. En efecto, al hablar de “relación”, se hace referencia a una relación compulsiva, es decir, patológica, enfermiza, caracterizada fundamentalmente por la conducta de búsqueda del objeto que se necesita para satisfacer una determinada demanda del sujeto. Es decir, a diario y permanentemente las personas se relacionan con objetos, consumen diversos objetos para satisfacer diferentes necesidades (comida,

diversión, trascendencia, alivio del dolor, etc.) pero no por consumir, una persona es adicta; salvo que consumir un determinado objeto, que es exclusivo, se convierta en el eje de su existencia, en el centro de su vida y todo lo que haga gire en torno a ese objeto (Goldestein, 2017).

A su vez, según el manual de protocolos de intervención en patología dual, refiere que al hablar de “objeto” es importante aclarar que, si bien cualquier objeto es pasible de convertirse en el destinatario de una adicción, no es lo mismo cualquier objeto en función del daño que el mismo puede ocasionar. Con esto no estamos diciendo que una adicción es mejor que otra, sino que, hay adicciones, o más precisamente objetos que son más dañinos que otros. En este sentido la adicción es una, pero “no la única” forma de relacionarse, que un sujeto tiene con un objeto (Ferre, Sevilla, Basurte, 2016).

Así mismo, la progresiva aceptación de la existencia de conductas patológicas, como el juego, que producen dependencia sin la intervención de sustancias químicas exógenas, ha revitalizado el término “adicción”, dándole una acepción más amplia al utilizarlo en el contexto de “conductas adictivas”. En estos últimos años se han podido delimitar nexos psicológicos y neurobiológicos comunes entre los trastornos por abuso y dependencia de sustancias y un heterogéneo grupo de conductas patológicas altamente dañinas para la persona que las padece (ludopatías, sexo compulsivo, ejercicio físico extenuante, compras sin control, búsqueda patológica de sensaciones extremas, etc.) las cuales se denominan adicciones comportamentales y que se caracterizan por la necesidad imperiosa de ser repetidas, a pesar del evidente daño psíquico y físico que generan (González, 2015).

Todo esto es lo que desde nuestra perspectiva incluye el consumo problemático. Dentro de las conductas adictivas podemos reconocer diferentes tipos de relación con el objeto de consumo:

Uso: “Es el consumo esporádico y circunstancial de una droga; es ni más ni menos que la utilización de sustancias” Abuso: “Cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social del individuo”. Se incluye aquí: Es excesivo (situación de riesgo orgánico). Es dañino (el consumo de sustancias por personas conlleva una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas). Es disfuncional (implica un patrón desadaptativo de consumo que genera una alteración del funcionamiento

psicológico y social) (Posada & Mendoza, 2017).

En términos generales se establece cuando el consumo se reitera para una misma droga en similares o diferentes situaciones o cuando se recurre a diferentes drogas.

Según (Goodman & Gilman, 2011; pág. 663, capítulo 24) al parafrasear la Dependencia: es “Cuando alguien siente o cree que no puede vivir sin una sustancia, y la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva”.

La dependencia a las drogas es una de las formas de consumir drogas. Pero no es ni la única, ni la más habitual, desarrollar una dependencia con las drogas es haber llegado al final de un proceso que se ha comenzado mucho tiempo antes, de manera gradual, casi siempre sin conciencia de ello y por diversos motivos, los cuales generalmente son desconocidos o no aceptados por la persona. A partir de esto advertimos que la diferencia entre uso, abuso y dependencia no remite únicamente a la cantidad y frecuencia de las drogas consumidas, sino también y no en menor medida a las diferencias respecto a las motivaciones y el contexto del consumo. Por ello las diferencias dependen mucho más de las características de las personas y de su entorno que del tipo de droga que se consume. Sin embargo, es fundamental realizar un apartado en donde se retomen los conceptos fundamentales acerca de las sustancias que forman parte del consumo de sustancias tóxicas (Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013).

Abuso y Dependencia: cuando existe un consumo compulsivo, es decir, cuando existe un impulso irresistible por consumir objetos, que no puede dejar de realizarse y cuyo correlato es la adicción. Y en este sentido, es preciso considerar con especial énfasis a los sujetos y ya no tanto a las sustancias, lo que permite inferir que la probabilidad de que se establezca una relación problemática con las drogas aumenta considerablemente en sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad bio-psico-social (OMS, 2004).

Sin embargo, el reconocimiento de su situación de vulnerabilidad de ningún modo implica afirmar que el consumo problemático es un asunto exclusivamente de los jóvenes, ni de los pobres, ni de los jóvenes pobres.

Cuando se toma una postura de tener en cuenta al consumo de sustancias tóxicas desde el paradigma de la complejidad, no podemos dejar de aludir que dicha problemática implica plantearse un problema multicausal, tanto por sus causas y consecuencias, como por sus

componentes e implicaciones. Según Pons Diez Xavier, 2008; los múltiples elementos implicados en el consumo problemático determinan una complejidad de aspectos que deberán considerarse para poder entender y abordar de manera exhaustiva este problema social. Para él todo consumo problemático implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero también supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia u objeto de consumo, así como escenarios sociales con muchas variables condicionantes. (Pons Diez X. 2008, Pág. 158). Estamos hablando de un fenómeno que tiene, en definitiva, implicaciones múltiples: psicológicas, medicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas históricas y éticas. Esto nos permite comprender que cuando hablamos de multicausalidad del consumo de sustancias tóxicas, estamos diciendo que la problemática del uso, abuso, dependencia y demás patrones de consumo y de trastornos producidos por el consumo repetido, no responden a una causa única, sino que por el contrario, se sostiene que esta es multicausal, dependiendo de una gran cantidad de factores que intervienen. El Dr. Jorge Barandica, 2007; sostiene acerca de la multicausalidad del consumo: "... vamos a ir pensando el concepto de multicausalidad, diciendo que hay que entenderla como algo totalmente dinámico dentro de la problemática. Es interesante poder captar el concepto de la multicausalidad como un espacio en donde intervienen distintos factores, pero, donde lo más importante es tener en cuenta que el interjuego es lo fundamental, la dinámica que se da en la causalidad del consumo."

El consumo de sustancias tóxicas, entonces, nos pone frente a un cúmulo de factores en permanente interrelación dinámica, entre los que podemos destacar: factores psicológicos, familiares, sociales, culturales y económico-políticos. Factores Psicológicos.

Si comprendemos que "el consumo de sustancias tóxicas" es un fenómeno plural, multicausal, siempre debemos tener en cuenta los factores del mismo y no reducir el problema a un tema únicamente de sustancias. Si bien las sustancias son importantes porque su interrelación biológica genera cambios fisiológicos, afectivos y en lo relacional, los principales protagonistas somos los individuos y nuestras relaciones (Casal, Kleiner & Sala, s.f.)

Por ello es importante pensar cómo se ha analizado y abordado el consumo de sustancias tóxicas a lo largo de la historia. Para ello nos remitimos y desarrollamos los modelos de intervención; los cuales constituyen el punto de partida para quienes se han planteado abordar el consumo problemático. Nos referiremos a los cuatro enfoques tradicionales que hacen hincapié en tres elementos interactuantes, la sustancia, la persona y el contexto. Algunos, hacen énfasis en las sustancias, trabajando en sus clasificaciones y efectos; otros equiparan, como en una ecuación consumidor– enfermo; también están los que ven en las situaciones sociales de privación la causa del consumo y finalmente los modelos que parten de la conducta humana enmarcada en contextos complejos y variables. Cada uno de los modelos que se plantean a continuación, tienen consecuencias para la acción social, la educación, la prevención, el tratamiento, la legislación y la formulación de una política. (Ministerio de Educación-Argentina, 2008).

El modelo ético-jurídico extraído del documento “Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas”, el cual atribuye un papel preponderante a la sustancia. La droga es pensada como sujeto, como elemento activo, “la droga te atrapa”. Este modelo reconoce dos grandes grupos de sustancias: lícitas e ilícitas, y designa a estas últimas como el agente causal del “problema droga”. Construye el “problema droga” desde la perspectiva de la defensa social, lo define como transgresión al orden y privilegia la intervención de los agentes de control social “duro” (Salud Mendoza, 2014).

A su vez, el documento “Modelos sobre el consumo de Drogas” en el cual se esboza, como “la droga” se concibe bajo el prisma del delito, el modelo lleva a la criminalización y a la estigmatización de los usuarios, a la vez que produce la creación de un mercado negro cada vez más poderoso. Este modelo es el eje central del paradigma prohibicionista. Este discurso presenta al consumidor como un “vicioso” y declara ilegal aquellas conductas que se asocian con los estupefacientes, por lo tanto, el consumidor de drogas viola la ley, por lo que se caracteriza como transgresor. Caracterizado así el problema, las acciones se orientan a controlar el agente que lo causa (Kornblit, Camarotti & Di Leo, 2011).

La legislación penal constituye el principal instrumento tendiente a impedir la producción, distribución, comercialización, tenencia y consumo de sustancias ilícitas, Según Graciela Touzé (2006) el modelo presenta una paradoja intrínseca, por un lado se presenta al

consumidor como vicioso y a sus conductas como ilegales, razón por la cual se convierte en un delincuente, pero por otro, el modelo considera como sujeto activo a la droga, no a la persona, que es sólo su víctima; por esta razón el consumidor de drogas se convierte en delincuente y víctima simultáneamente.

La prevención entonces se orienta directamente a evitar el consumo de drogas prohibidas. Los mensajes se centran en la información acerca de las sanciones (jurídicas y morales). La prevención se asimila al control. El discurso preventivo pone énfasis en que el uso de drogas es ilegal y moralmente malo. El modelo jurídico busca dificultar la disponibilidad de la sustancia. Para ello, su estrategia preventiva se basa en divulgar las terribles consecuencias que genera la utilización de drogas, destacando tanto sus efectos nocivos como las penas reglamentadas por su cultivo, producción, distribución, venta, uso y posesión (Salgado & Chica, 2017) (Rodríguez, De Oliveira & Assuncao, 2010).

En los casos en los cuales las personas se encuentran consumiendo drogas el modelo las aísla del resto de la sociedad para castigarlas por su conducta desviada. Estas medidas implican que se destina un importante porcentaje de recursos públicos y privados a este fin, lo cual está motivado por la necesidad de garantizar seguridad a la sociedad (Soto, 2011).

Este modelo sigue siendo el que concita más adhesiones en la población en general y es el más utilizado por los medios de comunicación social, que asocian sistemáticamente el consumo de drogas con la delincuencia.

El Modelo médico-sanitario; en este modelo se produce un salto desde el paradigma punitivo a otro basado en la desviación. La medicina, como agencia encargada de dar respuesta a esta problemática, considera que los sujetos/“pacientes” no son responsables de la práctica de consumir drogas. En este sentido, el rótulo de “enfermo”, y ya no de vicioso, lo hace acreedor de un “tratamiento” en vez que de un “castigo”. Como el anterior pone el acento sobre la sustancia, pero esta vez como agente causal de las adicciones, por lo tanto considera al consumidor como enfermo (Vetere, 2006).

La sustancia ya no es tomada en su valor normativo sino en función de su potencial adictivo, como “virus”, “epidemia” o “plaga”; se asimila el uso de drogas a una enfermedad infectocontagiosa, “¿se puede contagiar mi hijo si tiene un amigo drogadicto?” La mayor

diferencia entre ambas concepciones es que el modelo sanitario no hace distinción entre lo lícito y lo ilícito y, por lo tanto, abarca a menudo el alcohol, la nicotina, los productos farmacéuticos y la cafeína como sustancias que producen dependencia, pero las diferencias de otras drogas tomando como base las variables de aceptabilidad social y la posibilidad generalizada de obtención y uso (Pons, 2008).

Para este modelo el “drogadicto” es considerado un “enfermo” al que hay que curar (diagnosticar, prescribir y tratar) y reinsertar en la sociedad. En general las intervenciones curativas del especialista se apoyan más en la prescripción, consejo e información que en la “escucha” personalizada de lo que está necesitando cada persona en particular. Las drogas, las personas y el contexto se analizan en términos de “agente”, “huésped” y “ambiente”, según la misma lógica con la que se estudian las “enfermedades infectocontagiosas”. Quienes usan la droga deben ser curados y tratados como un problema médico. El uso de las drogas debe prevenirse como un problema de sanidad pública, al igual que cualquier enfermedad infecciosa. La falta de prescripción médica en la administración de una droga es lo que hace que esa sustancia sea nociva para las personas (Jiménez, 2016).

En la primera mitad del siglo pasado este modelo tuvo un papel central pero luego quedó opacado a causa de la importante presencia social que fue adquiriendo el modelo anterior. Sin embargo, hacia el inicio de la década de los '70 surgió con fuerza la idea de que los drogadictos no son delincuentes sino enfermos; por esta razón se debía introducirlos en los dispositivos médicos que implicaban su institucionalización, como enfermos primero, como convalecientes más tarde y, en algunos casos, a mitad de camino entre la re-inserción y la manifestación de una cierta cronicidad, lo cual les otorgaba un nuevo rol social como “ex-drogodependientes” o “adictos en recuperación” (Romaní, 1999).

La prevención también se orienta hacia la abstención del uso de drogas, pero no ya a través de la amenaza de sanción sino mediante la información de los daños producidos por las mismas. El temor es considerado un instrumento eficaz. El mensaje preventivo desde este modelo privilegia una exhaustiva descripción de los efectos de cada sustancia en el organismo y recalca la información acerca de las propias sustancias: color, olor, forma de presentación. Estos mensajes se asientan en el presupuesto de que las personas sólo se

producen daño involuntariamente y de que nadie entraría en contacto con un agente infeccioso si pudiera identificarlo (Espinosa, 2014).

Este modelo incorpora la noción de tratamiento en tanto utiliza la categoría de enfermedad. Este se refiere a la eliminación de la droga mediante la desintoxicación o deshabitación. Aunque los partidarios del modelo sanitario tienen una gran experiencia en lo que respecta al uso de drogas y de quienes las consumen, reconocen los fallos y parecen orientarse hacia la adopción del modelo psicosocial.

Modelo psico-social. A diferencia de los otros dos, este modelo, que surge a mediados de los años '80, corre el foco de la sustancia y lo coloca en el sujeto. El uso de drogas y su consumidor son el factor dinámico y complejo y el punto principal en el que ha de centrarse la intervención. Por ello, interpreta que el adicto es un enfermo y que la adicción es la resultante de un malestar psíquico. En este enfoque el consumo va asociado a un problema de comportamiento humano en contextos sociales y culturales complejos y variables (Universidad Nacional de Cuyo, políticas Públicas, 2011).

El interés se centra en el tipo de vínculo que una persona establece con la sustancia. El discurso psico-social entiende el concepto de adicto como sinónimo de “esclavo” (Touzé, 2006). Se plantea que lo no dicho queda tapado u obturado por la práctica del consumo. Por eso, más que buscar formas que permitan “detectar” signos de drogadicción, es importante desde esta postura estar atentos a las dificultades que presentan algunas personas y buscar otras formas del “decir”, más allá del síntoma del consumo. Si bien comparte con el modelo médico sanitario la categoría de enfermo para el abuso y la compulsión al consumo, se diferencia de aquel en no poner el acento en los efectos de las sustancias; la enfermedad es previa al consumo de drogas (Galende, 2015).

El consumo será leído como un síntoma de una enfermedad previa. Este modelo tiende a hacer una distinción entre las cantidades, frecuencias y modalidades de uso de drogas, las diferentes funciones que los usos de estas puedan desempeñar y los distintos efectos de esas modalidades de uso de drogas en diferentes individuos. Este modelo se sustenta en el reconocimiento de la complejidad de cada individuo y del peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. Al centrarse en el sujeto, busca saber cuáles son las necesidades que lo llevaron al abuso de sustancias tóxicas (Sánchez, 2004).

Basado principalmente en el encuadre psicológico, es el de mayor peso en comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación actuales. Así este modelo introduce la categoría de síntoma, señala una patología de base en el sujeto y su contexto inmediato que produce el consumo de sustancias. Las causas que se esgrimen para explicar por qué una persona comienza a consumir drogas enfatizan la importancia que tiene en primer lugar la familia como responsable de la socialización primaria y en segundo lugar el grupo de pertenencia (amigos, compañeros). Se enfatiza así el peso del medio social cercano, disminuyendo el del medio social más amplio –político, económico, cultural, social –. Por la importancia que atribuye a los individuos y a su comportamiento, así como a los factores sociales, este modelo propone a menudo soluciones al problema del uso de drogas que no están relacionadas específicamente con ellas y que son igualmente aplicables otros comportamientos de carácter destructivo irregular (Martínez, 2015).

La estrategia privilegiada de prevención para este modelo es a través de la Educación para la Salud, entendida como un proceso de enseñanza-aprendizaje, ético, dinámico, participativo, interdisciplinario e intersectorial. La información debe estar relacionada con las actitudes, valores y hábitos de un individuo o grupo, si se desea que influya en el comportamiento. A partir de lo dicho la prevención ya no apuntará estrictamente a evitar el consumo de drogas como en los modelos anteriores, tendrá características más inespecíficas que incluirá acciones que posibiliten una mejora en sus relaciones interpersonales y el desarrollo de actitudes de autocuidado. La prevención se va a inscribir en el ámbito de la salud mental.

Modelo socio-cultural. Este modelo postula que el significado asociado a las drogas está determinado no por sus propiedades farmacológicas, sino por la forma en que una sociedad define el consumo de las mismas y por las estrategias preventivas que utiliza con los consumidores. Va más allá de los factores psicológicos y sociales que recibían gran importancia en el modelo psicosocial para acentuar lo que está presente en las condiciones socioeconómicas y ambientales (Vallejos, s.f.).

El eje de análisis para este modelo se sitúa en el contexto. Plantea que es en el medio social donde deben buscarse las causas de uso de drogas. Toma en cuenta las características de la estructura social y define como determinantes a los factores culturales y socio-económicos.

Es en la sociedad, en sus condiciones materiales, donde se deben buscar las causas del consumo. Determinadas condiciones culturales y socio económicas como las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la carencia de una vivienda digna, los procesos de urbanización e industrialización sin una planificación adecuada imponen condiciones de vida que algunos sujetos solo pueden soportar a través del consumo (Gavilán, 2017).

Aquí aparece la versión del uso de drogas para evadirse de una realidad que se juzga insoportable. El uso de drogas sigue siendo caracterizado como síntoma, pero ya no en su versión psicopatológica sino como síntoma social que manifiesta las “disfunciones” del sistema. A partir de este enfoque se comienza a asociar el consumo de sustancias con poblaciones marginales. Se trata de un modelo menos instalado en la sociedad actual, por lo que no es tan usual encontrar explicaciones del abuso de drogas que tengan en cuenta estos aspectos. Se privilegian en él los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y de protección a partir de su pertenencia a determinados contextos culturales. (Pons, 2006).

Los programas de reducción de daños implementados en la última década parten de este modelo, que permitió el surgimiento de políticas más tolerantes, que buscan generar la aceptación y tolerancia del consumo y de los consumidores como un hecho más de nuestras sociedades; mostrar la peligrosidad que generan tanto las drogas legales como las ilegales; ofrecer información veraz y objetiva y, sobre todo, no generar alarma o miedo en la población. Según Touzé (2006) para este modelo la droga funciona como una forma de evasión de la realidad. El consumo de drogas nuevamente forma parte del síntoma, pero, en esta oportunidad, ya no en términos psicopatológicos sino sociales, es decir, como catalizador de una disfunción del sistema. El supuesto preventivo que funciona por detrás es que, si disminuyen las situaciones de conflicto y desigualdad social, disminuirá la demanda de drogas. Sin embargo, la emergencia de la condición económica como “determinante” fundamental hace que se establezca una asociación inmediata entre pobreza y consumo de drogas, lo que abre la posibilidad de estigmatizar por estas prácticas a los sectores de menores recursos. Así mismo Muñoz, Gallego, Wartski & Álvarez, 2012,

refieren que las acciones preventivas apuntan a disminuir los efectos de estas condiciones socio-económicas sobre los individuos. Encara la prevención dando información respecto de algunas causas (pobreza, desempleo, industrialización, etc.) y mediante acciones de mejoramiento de las condiciones de vida de las personas desde una perspectiva macrosocial a partir del acceso de las mismas al goce de derechos ciudadanos básicos tales como vivienda, trabajo, salud y educación (Muñoz, Gallego, Wartski & Álvarez, 2012).

En el artículo Una aproximación a los modelos de comprensión de la farmacodependencia, expresa que cada uno de estos modelos puede contemplarse el uso de drogas y los fenómenos consiguientes, y permite establecer diferentes recomendaciones y medidas encaminadas a modificar sus usos. Cada uno de ellos es una lente a través de la cual se pueden ver las drogas, el hombre, la sociedad y sus interacciones, la capacidad de las instituciones y de sectores profesionales en lo que hace referencia a intervenir del modo más eficaz posible (Mejía y Cano, 2010).

Según José A. García del Castillo, Paulo Días, si de lo que se trata es de mantener la droga alejada del hombre, se asignara un papel destacado a las leyes y a su sanción; si se aspira a mantener al hombre alejado de las drogas, la responsabilidad incumbirá a los especialistas de las ciencias del comportamiento; si se pretende crear un ambiente en el que las necesidades que satisface el uso de drogas queden mejor atendidas por un comportamiento que entrañe menos peligros y ofrezca menos posibilidades de perjudicar al individuo y a la sociedad, corresponderá a cada institución, y a los individuos que tienen un cometido en cada una de ellas, desempeñar una misión a ese respecto (García & Díaz, 2007).

Modelos de Asistencia: Según Goodman & Gilman, 2011), El modelo de abstinencia surge con el aumento en el abuso particularmente de alcohol. Dicho modelo surge en un contexto social en el que urgía la necesidad de establecer un especial orden. Los primeros intentos del modelo de abstinencia surgen con los grupos de Alcohólicos Anónimos, en donde se habla de recuperación total y de enfermedad permanente, por lo cual la recuperación se controla día a día, se presentan como dependientes “alcohólicos” y el único requisito para ingresar es querer dejar la bebida. A su vez, (Rang y Dale, 2016), facilitan que otros conceptos importantes sean aclarados y los cuales se enuncian a continuación: Dependencia física: estado de adaptación del organismo que se traduce en la presencia de alteraciones

físicas al suprimir la administración de la droga. Dependencia psíquica: estado de bienestar y satisfacción motivado por el consumo de la droga y que induce al individuo a repetir su administración para continuar en ese estado o evitar la aparición de síntomas de abstinencia, siendo éste el factor más importante. Tolerancia directa: estado de adaptación que se caracteriza por la disminución de la respuesta a una misma cantidad de droga o al requerimiento de dosis mayores para obtener el mismo efecto. Tolerancia inversa: estado en el que se producen los mismos efectos en el organismo con dosis menores. Típicamente se da en el abuso del alcohol. Tolerancia cruzada: forma de tolerancia que aparece con una droga y con otras del mismo tipo o en ocasiones con otras diferentes. Típicamente aparece entre la heroína y la morfina y entre el alcohol y los barbitúricos. Intoxicación-sobredosis según el DSM-IV y CIE-10 se define en base a tres criterios: A/ presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingesta reciente (o a su exposición). B/ cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debido al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después. C/ los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Una vez aclarados estos conceptos, podemos acercarnos de forma global, citando a continuación una breve definición, del HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Málaga. que se acuña al presente proyecto para el síndrome de abstinencia o también llamado síndrome de deprivación a drogas que se define como “grupo de signo sintomatología que aparecen en el sujeto de atención, como consecuencia de la supresión o reducción del consumo de una droga y que son característicos de cada tipo de droga”. Si es originado por insuficiente aporte de droga se denomina abstinencia por supresión, y si aparece por la acción de un antagonista se denomina abstinencia precipitada. Se describen los siguientes tipos: 1. Síndrome de abstinencia agudo: conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente. Cada grupo de sustancias psicoactivas produce un característico síndrome de abstinencia agudo fácilmente diferenciable de los restantes grupos. La intensidad y gravedad de este síndrome dependen del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida. 2. Síndrome de abstinencia tardío: puede describirse como un

conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguir la abstinencia. Este cuadro causa múltiples trastornos físicos y psíquicos al paciente, le dificulta enormemente el desarrollo de una vida saludable y autónoma, y contribuye a precipitar los procesos de recaída en los hábitos tóxicos. 3. Síndrome de abstinencia condicionado: consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo, que ya no consume, al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje, al consumo de la sustancia de la que era dependiente. El síndrome de abstinencia condicionado suele crear un gran desconcierto en el paciente, provocándole cuadros de gran ansiedad y miedo que pueden precipitar un nuevo consumo tóxico como forma de evitar la situación displacentera en que se encuentra (Martínez, Páez, Sánchez & Piedras, s.f.)

Según Llopis Llácer, J.J (2001), sostiene que el objeto (droga) es la causa del padecimiento del sujeto y por ello se lo desintoxica de las sustancias, se saca el objeto de la adicción. Desde este marco se define como fin último de la clínica lograr la abstinencia al tóxico, la que a veces puede ser también una condición para el ingreso al tratamiento. Por ejemplo, las Comunidades Terapéuticas, entre otras instituciones, incluyen en sus reglas el “no drogas”, siendo su consumo motivo de expulsión la mayoría de las veces (Llopis Llácer, J.J, (2001).

En el artículo “Neurociencia y adicción” refiere que en la actualidad desde este enfoque se entiende al consumo problemático como una realidad compleja, resultado en gran parte de los efectos de la exposición prolongada de la función cerebral a la droga. La adicción es una enfermedad del cerebro que afecta a múltiples circuitos cerebrales, entre ellos relacionados con la gratificación y la motivación, el aprendizaje, la memoria, y el control de las inhibiciones sobre el comportamiento (Sociedad Española de Toxicomanías, 2011).

Así mismo, la publicación sobre Bases psicobiológicas de la adicción alude que, el tratamiento no se considera sencillo dado que el abuso de drogas altera muchos aspectos de la vida de la persona. Se pueden reconocer tres etapas en este tipo de tratamiento, la desintoxicación, se puede realizar dependiendo el caso en un hospital, o un establecimiento

con plan ambulatorio o residencial. La segunda etapa es el tratamiento-rehabilitación biopsicosocial: se realiza un diagnóstico de efectos y consecuencias del consumo problemático, se deciden los objetivos terapéuticos. La tercera etapa es la fase de reinserción social, se realizan actividades orientadas al entrenamiento de habilidades que favorezcan la integración social de la persona normalizada (Muzio & Yorio, 2011).

Igualmente, la reinserción aparece como objetivo en todo momento del proceso de rehabilitación. El tratamiento debe ayudar al paciente a dejar de usar drogas, a mantener un estilo libre de ellas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad.

En el artículo “Modelo de Reducción de Daños del consumo de sustancias psicoactivas”; la reducción de daños también conocida como reducción del riesgo o minimización de los daños, es una política social, preventiva y asistencial de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas. Tiene como objetivo prioritario disminuir los efectos negativos producto del uso de las mismas. Se orienta a disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las enfermedades transmisibles, favorecer la accesibilidad a los servicios asistenciales y mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas. También puede tender a generar cambios en la conducta de los usuarios de drogas a través de la educación; y dirigirse a modificar la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios de drogas (Milanese, 2015).

Según la junta Nacional de Drogas, de la republica del Uruguay, los programas de reducción de daños tratan de reducir las consecuencias que el consumo de sustancias provoca, admitiendo la dificultad que muchas personas presentan para suspender el consumo. No procuran remplazar los servicios dirigidos a la abstinencia, sino que son un complemento indispensable. Su objetivo es reducir los daños relacionados con las drogas, no focalizándose en el consumo en sí mismo o en la abstinencia, reconociendo que los daños son mayores que los producidos por las drogas mismas. Es fundamental garantizar el acceso de todos a la información y a la prevención, facilitando el contacto con los sistemas de salud, evitando los costos sociales y subjetivos que acompañan a la penalización (InfoLEG, 2010).

Siguiendo este orden de ideas, en el artículo “Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica”, cita que el objetivo central y principal es crear acciones e instituciones de salud que se preocupen por el sufrimiento subjetivo y no por la droga. No significa decir que la reducción de daños y la abstinencia sean mutuamente excluyentes, pero sí que la abstinencia no es el único objetivo para aliviar el padecimiento de una persona. La reducción de daños incluye una serie de objetivos, con etapas a alcanzar, las más inmediatas y realistas en el camino para disminuir los riesgos.

A su vez como refiere Programas de reducción de daños en uso/abuso de drogas recreativas, “el consumo de drogas es una conducta compleja y recurrente, por lo que la reducción de daños significa proveer de atención interdisciplinaria y asistencial, mientras se espera la recuperación natural, con el objeto de evitar alguna de las más dañinas consecuencias del uso de drogas. También puede usarse como una forma de objetivar mejor el proceso de evaluación tanto de las políticas como de las drogas, permitiendo la identificación de los daños con los que hay que lidiar (Valverde, González & Ferrán, 2003).

Por su parte (Solano, 2017) afirma que, las posturas abstencionistas y de reducción de daños muchas veces aparecen como antagónicas, como se compara en la tesis Estilos de Afrontamiento y Riesgo de Recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima, la cual afirma que podemos considerar que en la actualidad se apunta hacia la constitución de un modelo integrador, que sea más abierto y flexible. Cabe destacar que ambos modelos de asistencia hacen referencia exclusivamente al abordaje de consumo, cuando este ha llegado a ser una dependencia e implica una conducta compulsiva, no así cuando se está produciendo un uso de sustancias u objetos, siendo esto también una parte del amplio concepto del consumo de sustancias que se sostiene en el presente proyecto de investigación. Más allá de los modelos con que se prefiera abordar la problemática, existe hoy un consenso generalizado, que tiene que ver con considerar que la acción debe comprender y abordar las áreas biológicas, psicológicas y social, para ser efectivas (Solano, 2017).

Por otro lado, aparece como una condición indispensable que la perspectiva de abordaje sea interdisciplinaria y complementaria. Quienes estamos preocupados por el cuidado del sujeto de atención, nos enfrentamos con frecuencia al problema de cómo proporcionar

cuidados de calidad del modo más efectivo y con mayor eficiencia. Como parte esencial el cuidado, es el pilar de las/os enfermeras/os y/o licenciados/as de hoy. Por esta razón en el presente proyecto de investigación, se apoya en los marcos conceptuales más adecuados mediante los cuales se pueda arribar a la validación del supuesto hipotético. Como enfermeras/os en salud mental, la orientación de una teoría de enfermería, en este caso, la de Hildegard E. Peplau, cualifica la asistencia, ya que, mediante las fases que propone, se direcciona el cuidado y el enfermero/a o Licenciado/a reconoce, a través de las relaciones interpersonales con el sujeto de atención en crisis de abstinencia a sustancias tóxicas.

Se hace una breve mención de la teoría de H. Peplau, extraída del libro Modelos y Teorías en Enfermería 6 Edición paginas 325-328, esta teórica comprenden las siguientes fases: Orientación, que inicia con el encuentro entre el profesional de enfermería y el paciente, en donde se comprende el papel y las expectativas de cada uno en la relación. En la segunda fase, el paciente comienza a identificarse con el profesional de enfermería, es decir, se produce el encuentro profesional de enfermería-paciente y se reconoce el problema En la tercera fase, de explotación, el paciente hace pleno uso de los servicios de enfermería y, en la cuarta, de resolución, se termina con la relación mutua y se implementan los planes de cuidado. Esta última fase incluye planificación de fuentes alternas de apoyo, relacionadas con equipos interdisciplinarios como proyecta la LNSM, prevención de problemas e integración de las experiencias de cuidado.

Este modelo recoge los valores humanistas de Maslow (Maslow A. Motivation in Personality. Nueva York. Harper & Row. 1970) y de forma especial los trabajos sobre la comunicación de O 'Sullivan. (O' Sullivan Ryan J. La Comunicación humana. Caracas. Fundación Polar, 1996). La piedra angular del éxito radica en el establecimiento y el mantenimiento de la relación enfermeras/os paciente. Sin ella, la enfermería no podría ser útil ni terapéutica y los cuidados resultarían ineficaces (Howard S. Modelo de Peplau. Aplicación Práctica. Barcelona. Ed. Masson-Salvat Enfermería, 1992). Se presenta la relación enfermeras/os-pacientes que pasa por fases de interacción que se entrelazan y superponen. Las/os enfermeras/os con destreza debe saber reconocer las distintas fases, así como los cuidados necesarios que precisa cada uno de ellos. Para conseguir este

conocimiento las/os enfermeras/os debe tener una comprensión clara de lo que comunica al paciente y del modo en que lo hace, (Peplau HE, 1990).

La publicación de 1952: «Relaciones Interpersonales en Enfermería», creó un marco conceptual teórico para considerar sistemáticamente los cuidados de enfermería en la salud mental. En especial centraba su teoría en la relación enfermera/paciente. Sus ideas sobre la enfermería fueron tomadas por una parte de los conceptos de habilidades personales e interpersonales de desarrollo y por otra de la teoría del aprendizaje. En su obra original la autora describe su modelo como una «teoría parcial para la práctica de la enfermería». En este sentido concibe los cuidados administrados a los pacientes como un tipo de cuidados evolutivos en los que las relaciones de confianza constituyen la base para conseguir resultados satisfactorios. Así mismo considera que la enfermedad es una experiencia potencial de aprendizaje, siendo a través de una relación significativa sanitario/paciente desde donde ambos pueden aprender, desarrollarse y crecer aún más como personas. Afirma que, para dar cuidados con calidad, la enfermería necesita desarrollarse y madurar como persona, de esta manera el paciente podrá identificarse más con sus problemas de salud y poner los medios para solucionarlos o superarlos, «nadie da lo que no tiene» (Howard S. Modelo de Peplau, 1992).

Por otro lado, identifica la salud con «un símbolo que implica un movimiento de avance de la personalidad y de los otros procesos humanos en curso, dirigido todo ello a alcanzar vivencias creativas, constructivas y productivas tanto en el ámbito personal como de la comunidad». Por tanto, la salud es un concepto, una cualidad dinámica, que permite a la persona la experiencia potencial del bienestar físico y social y que confiere a esa persona la oportunidad de vivir bien y en armonía con los demás. Advierte que la salud puede empeorar por varias razones: Según cita el texto “Modelos y Teorías en Enfermería”, la falta de conocimiento por parte del paciente, profesionales y de la sociedad, los pacientes que han estado mucho tiempo enfermos son incapaces de pensar en términos de salud sin ayuda profesional, la limitación de los recursos, la falta de organización de los profesionales, la incapacidad de producir cambios, una relación deficiente entre la enfermera y el paciente. Por todo ello, los procesos en la recuperación de la salud son definidos como procesos comprensibles para la enfermería y con los que se pueden trabajar

en distintos ámbitos de los cuidados de salud. Los/as enfermeros/as tienen que pensar en la salud como en una fuerza dinámica y en constantes cambios, esto influye en las decisiones tomadas en la organización de planes de cuidados. (Marriner, 2008).

La Aplicación de la teoría de Peplau en pacientes con diabetes hospitalizados todas las teorías enfatizan que la praxis del rol de enfermería se lleva a cabo a través de un proceso de relación interpersonal, donde cuidar implica entrar en relación con una persona o familia con el objeto de ayudar a satisfacer ciertas necesidades, superar obstáculos, adaptarse hacia patrones de salud diferentes y respetar lo difícilmente cambiable. (Peña & Pérez, 2016).

Cualquiera que sea el modelo teórico adoptado, las/os enfermeras/os en el trabajo cotidiano y para brindar cuidados de calidad, emplean el método científico, desarrollando hábitos de observación, investigación y relación interpersonal, todos ellos necesarios para evaluar y mejorar la práctica. En este proceso de relación, la personalidad y conocimientos de la enfermera/o marcarán una diferencia sustancial en el nivel de lo que los pacientes pueden aprender durante el proceso salud-enfermedad-atención y posterior adaptación. Debido a la complejidad de los seres humanos para realizar una valoración de la situación, de los pacientes en crisis de abstinencia a sustancias tóxicas, las/os enfermeras/os de salud mental entran en compromiso de trabajar a partir de observaciones y hechos variados, generales y en algunas ocasiones, confusos. La suma de todos estos hechos conlleva a adaptar el proceso de asistencia y cuidados y más concretamente el relevamiento de información sobre la situación y el carácter específico de cada paciente.

Otro de los aspectos, concernientes es hablar de cuidado, según María Mercedes Villalobos significa hablar de actitudes. Hablar de actitudes porque hay elementos específicos complejos y únicos, que se requiere aprender para dar cuidado. El cuidado en sí mismo es una vivencia única, tanto para quien lo recibe, como para quien lo brinda. Si en verdad quien cuida entiende el significado de la palabra cuidado o de cuidar, sabrá que nunca repetirá la experiencia de cuidar, aún en circunstancias semejantes. Es sorprendente ver como existe satisfacción en el personal de salud, cuando se hace referencia al término "cuidado de la salud" o "cuidado de enfermería", si se parte de la base que: no hay claridad sobre el significado de cuidado y cuidar y el término se utiliza indiscriminadamente, al

menos en enfermería, sin mirar las implicaciones éticas que, dar cuidado o cuidar, tienen dentro del contexto profesional y personal de la enfermera (Durán, 2016).

En la conferencia “Trascender en el cuidado de enfermería”, hace el siguiente comentario: un ejemplo de la interpretación desviada que se da al término cuidado se puede identificar cuando se utiliza la expresión "cuidado de la salud" y lo que se propone son una serie de acciones dirigidas a las personas sanas o con problemas de salud, de una manera masiva e indiscriminada, o cuando se utiliza cuidar como sinónimo de estricta atención médica. Una cosa son las acciones encaminadas a obtener ciertas metas de cobertura, o ciertos cambios de conducta relacionados con la salud, o ciertos aspectos de eficiencia en la atención médica y de enfermería, y otra cosa diferente es el cuidado (Durán de Villalobos, 2017).

En este orden de ideas, citando a continuación el artículo “Trascender en el cuidado de enfermería, una oportunidad desde la aplicación de la teoría de cuidado cultural: algunas reflexiones”, en el cual se dice que cuidar es la esencia de la enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud. Pero no se puede pasar por alto el que muchas enfermeras enfatizan más en los aspectos relacionados con la curación, y han mantenido sus intervenciones más hacia la línea del curar que en la del cuidar. La calidad del cuidado de enfermería y de la salud demandan, hoy en día, una interpretación humanística y el respeto por la integridad funcional de los seres humanos; y el fenómeno salud- enfermedad debe entenderse partiendo de una amplia base conceptual (Murray, 2009).

Así mismo, el artículo “Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente”, facilita un acercamiento mayor del proceso de cuidar a las personas, a las familias y a los grupos; pues es el elemento esencial de enfermería, no sólo, por la dinámica de las transacciones humano-humano que ello requiere, sino porque además se requiere de una serie de elementos complejos y sofisticados que la enfermera posee y que abarcan: conocimientos muy bien diferenciados, dedicación, valores humanos. Adicionalmente, porque en el acto de cuidar la enfermera está inmersa en una relación personal y moral con el sujeto del cuidado (Puello, 2012).

Ahora bien, hemos cimentado nuestro proyecto de investigación, dentro del Paradigma de la Investigación Cualitativa, y según (Carmen de la Cuesta Benjumea, 2006)

refiere puesto que creemos que es la mejor forma de acercarnos a nuestro objeto de estudio, ya que pretendemos comprender un fenómeno de naturaleza humana, una experiencia o vivencia tal como es vivida, experimentada por la persona. Dentro de este tipo de investigación, se escogió la fenomenología como el método más acorde, dado que estudia el mundo percibido y no un fenómeno en sí mismo.

Concretamente vemos que la fenomenología eidética o descriptiva es la que nos puede ayudar a describir el significado de una experiencia a partir de quienes han tenido en dicha experiencia e interpretar de una forma más precisa, las precepciones de los enfermeras/os y licenciadas/os entrevistados, como se planea en el desarrollo del análisis de los datos recabados (Zichi, M. y Omery, A, 2003).

La fenomenología es, además de una filosofía, un enfoque y un método, según Husserl este término deriva de la palabra griega *fenomenon*, que significa “mostrarse a sí mismo” y en ella se contemplan una serie de criterios como la credibilidad, la posibilidad de confirmación, el significado dentro de un contexto, la saturación y la posibilidad de transferencia de los hallazgos encontrados; que nos ayudaran en el desarrollo de la ejecución de investigación. Con este método buscamos descubrir los significados de los fenómenos experimentados por nuestros informantes a través del análisis de sus descripciones (Zichi, M. y Omery, A, 2003).

Por su parte (Leal, 2007), expresa que Alfred Schütz generó su propia visión de la teoría sociológica fenomenológica a través de la fusión de las teorías de Max Weber y Edmund Husserl, manifestando que la idea que tenemos de sociedad se construye dentro del grupo social en el que hemos sido socializados, es decir, que la sociedad es un fenómeno más de nuestra visión del mundo y de los fenómenos y procesos que la constituyen.

En este orden de ideas, en la investigación Percepción del usuario sobre su participación en la consulta de Enfermería en el Sector público, se observó que un fenómeno es, precisamente, la percepción que el sujeto tiene de algo en el mundo, que, una vez percibida, pasa a ser parte de la realidad para él, y aunque cada sujeto perciba las mismas realidades que otros, lo que hace a su manera, de forma diferente, y según sus habilidades sensoriales, es la cultura en la que se formó, a su vez dependerá de los libros

que haya leído o que lee, la música de preferencia que escucha o a escuchado, las costumbres e incluso si profesa alguna religión, además de pertenecer a uno u otro grupo social (Leal, 2007). Todo esto hace que cada persona exprese distintas cosas en cuanto a su interpretación del mundo.

El término percepción ha sido empleado de una forma indiscriminada para designar diferentes aspectos relacionados con las actitudes, valores sociales o las creencias de los grupos sociales, debido a que sus fronteras se traspasan en determinadas ocasiones. Añade, además que la percepción depende de los estímulos físicos y sensaciones involucradas, así como de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones, con los que se construye el pensamiento simbólico de cada sujeto, teniendo en cuenta las estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas con las que los grupos sociales conforman su propio entorno. Concluye que la percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías en base a una serie de referentes aprendidos con los que conformar evidencias a través de las sensaciones que adquieren significados y son interpretadas en relación con eventos ocurridos anteriormente (Vargas, 1994).

En la tesis “Percepción del cuidado de enfermería de las gestantes que asisten al curso de maternidad y paternidad un proyecto de vida”, se alude de la relación entre la Psicología y la Percepción, donde se ha definido la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social. En el planteamiento del proyecto de investigación, se realizará el estudio de la percepción y opinión del personal de enfermería, se pretenderá identificar cuáles son sus propias interpretaciones en determinadas situaciones a las que se enfrentan dentro del ámbito hospitalario, específicamente en el servicio de la guardia y principalmente en relación con el cuidado y asistencia a pacientes en crisis de abstinencia a sustancias tóxicas (Suarez, 2014).

En este proceso cognitivo intervienen, además, otros aspectos psíquicos como el aprendizaje, la memoria y la simbolización. En relación con el interaccionismo Simbólico (Mead, George Herbert (1934), se propone estudiar la interpretación, por parte de los actores, de los símbolos nacidos de sus actividades interactivas, quien estableció las tres

premisas básicas de esta corriente: 1) Los humanos actúan respecto de las cosas sobre la base de las significaciones que estas cosas tienen para ellos; 2) La significación de estas cosas deriva de la interacción social que un individuo tiene con los demás actores. 3) La significación de estas cosas deriva de la interpretación efectuada por la persona en su relación con las cosas que encuentra.

El Interaccionismo Simbólico se centra en la enfermedad y sobre todo en como la experiencia subjetiva de los pacientes se construye a través de la relación médico-paciente, destacando las relaciones de poder en la construcción y dirección de la salud y la enfermedad, sin tener en cuenta la capacidad autocritica de los enfermos y el importante papel que desempeña en su proceso de recuperación, lo que se podría trasladar también a los sujetos en crisis de abstinencia a sustancias toxicas. (Bleda, J. M, 2006)

Se ha visto que la percepción debe ser entendida en función de la situación histórica y social, incluso puede ser reconocida como la forma de conducta desde el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia hasta la producción de símbolos, con lo que se pretende inferir si las herramientas que adquieren los enfermeros/as y/o licenciados/as durante su formación, caracteriza socialmente a estos, teniendo en cuenta la perspectiva de las opiniones y los roles sociales, no solo en el ambiente físico y laboral que lo rodea, sino también a nivel social y cultural y que simbología los define, a través de sus propios discursos.

Ahora bien, la percepción, además, obedece a los estímulos cerebrales obtenidos a través de los sentidos, vista, olfato, tacto, gusto, oído, lo que ofrece una realidad física del entorno, y es la capacidad para seleccionar, organizar e interpretar las sensaciones recibidas a partir de esto lo que se considera percepción. Con la vista se produce el proceso de recepción e interpretación de la información recibida a través del ojo, siendo el cerebro el encargado de comprender y organizar lo que se ve, imponiéndole un sentido racional de forma particular a la experiencia de cada sujeto (Oviedo, 2004).

Tras esa primera fase analítica, mediante la que se estructuran los elementos de esta información dependiendo de la experiencia personal e intelectual de cada individuo, de forma subjetiva, selectiva y temporal. Por esto podemos decir que los niveles de la percepción pasan por una parte instintiva, descriptiva y simbólica. Según el manual

práctico de psicoterapia Gestalt, estas teorías se utilizan también en publicidad para conseguir una postura más activa y común del receptor frente al estímulo y mensaje visual, perteneciendo algunas de dichas teorías a las leyes establecidas por las Gestalt entre las que seleccionamos dos:

La Ley de figura y Fondo, por la que el receptor distingue en un mensaje visual entre el tema protagonista de la imagen y el entorno que lo que enmarca.

At través de esta ley podríamos englobar las referencias a los espacios físicos concretos en los que actualmente se producen los nacimientos, es decir, el entorno arquitectónico, con una serie de artículos dispuestos de una forma determinada, que puede configurar el fondo, y al sujeto de atención y/o al profesional que los asiste, que podemos determinar como la figura, como posteriormente explicaremos con más detenimiento.

La Ley de Agrupamiento, por lo que tendemos a organizar los elementos que percibimos en torno a conjuntos significativos organizados, ya sea por proximidad, semejanza, continuidad o simetría. En este sentido queremos destacar la generalización que se puede hacer en relación con grupos profesionales e ideologías, puesto que es una manera de agrupar, o etiquetar las actitudes o comportamientos esperables o deseables según al grupo profesional al que se pertenece (Manual práctico de psicoterapia GESTALT).

Además, siguiendo el Modelo de la Fenomenología de la percepción desarrollado por Merleau-Ponty, quien, como discípulo de Husserl aplico la fenomenología al estudio de la existencia humana, desde una descripción que juzga y valora la realidad y coloca al propio al cuerpo en el núcleo del sujeto su propia verdad. (Merleau-Ponty, 1975).

Hecho el fundamento teórico del proyecto de investigación, se analizarán las diferentes percepciones de los enfermeros/as y/o licenciados/as que se entrevistaran y que, a través de sus testimonios facilitaran la construcción por medio de sus experiencias en la habitual asistencia al sujeto de atención el cual concurre a la guardia del hospital donde se desempeñan.

Ahora bien el entorno donde se desarrollará dicho proyecto son dos efectores de la ciudad de Rosario, los cuales fueron seleccionados según el estudio de validación de sitio.

El Centro Regional Salud Mental Monovalente que a comienzos del siglo XX dio el puntapié en el desarrollo de la Psiquiatría en Rosario, ofrece prestaciones en Medicina general y/o medicina de Familia, Neurología, Psicología, Psiquiatría, Psiquiatría Infanto Juvenil, Toxicología.

Siguiendo el orden de ideas el segundo efector público de la ciudad de Rosario, el cual corresponde al tercer nivel de atención del sistema de salud de la red Municipal. Es un centro de referencia para Ablación de órganos y especializado en atención a pacientes en estado de emergencias, urgencias y politraumatismos de la población de adolescentes, adulto joven, adulto mayor y adulto anciano.

En los últimos años se han incrementado los pacientes poliadictos a sustancias tóxicas, ingresan por accidente de moto versus peatón, auto, caída de altura, heridas de arma de fuego y arma blanca, presentando politraumas, patologías cardiovasculares, intoxicaciones laborales y voluntarias con edades que oscilan entre 15 y 45 años, plena edad productiva.

El paciente que ingresa al servicio de Guardia es traído por Servicio de Emergencia (SIES), servicios privados o por familiares, con estado de excitación, incontrolable en la mayoría de episodios, y en estado de estupor; agrediendo verbalmente y muchas ocasiones físicamente al personal de enfermería, pues este es con quien tiene el primer contacto en el sistema de salud. Enfermería les brinda los cuidados y asistencias necesarias, abordajes intravenosos y las prácticas necesarias del servicio, a la par se realizan las entrevistas a los familiares o acompañantes para conocer que sustancia es la que ha consumido o la combinación de las mismas.

Esta es una de las etapas complejas del proceso de asistencia, debido a que son reticentes a dialogar sobre su consumo, tanto el paciente como los familiares que, por desconocimiento u ocultamiento, no pueden informarnos. Por medio de la anamnesis, se puede arribar a un diagnóstico presuntivo, a la par el equipo interdisciplinario solicita laboratorio específico de toxicología, por lo general a los intoxicados por intento de suicidio, excitación psicomotriz con traumatismo de cráneo, para cocaína, marihuana y anfetaminas. Otro examen complementario recolección de orina para medir alcohol y drogas.

Al ingreso de la guardia la asistencia que brinda enfermería dependerá de la droga y la capacidad del paciente de soportar los síntomas, la abstinencia es física, psicológicamente traumática e inhumana, dando como resultado convulsiones y excitaciones motrices. Otra de la forma empleada es la retirada prolongada: reducción gradual de la dosificación de la droga, disminuye la reacción física aumentando la ansiedad. Se usa una droga substitutiva, tranquilizantes, calmantes y anticonvulsivantes, durante 10 días.

Por otra parte, se presenta la convalecencia, en la cual se observa que la drogodependencia a sustancias toxicas causa un profundo deterioro físico, emocional y social que requiere tratamiento intensivo y prolongado. Es un proceso que se logra mediante terapéutica de relación en forma de sesiones según dispositivo tratante conformado interdisciplinariamente

Durante el periodo de internación mediante la entrevista a los familiares se conoce a qué tipo de sustancias es adicto el sujeto de atención y con qué frecuencia la consume, complejizando así la evolución de su tratamiento. El personal de enfermería realiza una atención integral al paciente, siendo responsables de diversos pacientes según asignación de las tareas.

Luego de unos días de internación, los pacientes adictos se tornan violentos, incontinentes verbales, inquietos, irritables por encontrarse en periodo de abstinencia a las drogas, el alcohol o el tabaco. Ante esta situación las/os enfermeras/os actúan con desinterés, mal humor, estrés, brindando una atención mecanizada y rápida. Durante el pase de guardia, se valora el comportamiento de los pacientes en periodo de abstinencia, se pide interconsulta con salud mental y psiquiatría. Para una mejor organización del cuidado, asistencia y contención familiar a los pacientes, para satisfacer la necesidad de compañía y dependiendo de cada caso en particular se autoriza a un familiar/pareja o cónyuge a permanecer las 24 hs, debido al estado clínico, emocional y traumatológico para una mejor contención física y psicológica.

Se observa la conducta del paciente, con ciertos síntomas en la enfermedad los cuales pueden plantear problemas, como las conductas manipulativas, combativas, suicidas, quejumbrosas y regresivas, dolor físico, sufrimiento y la aproximación de la muerte. Estas

conductas generan reacciones en los/as enfermeras y licenciados indignación, desagrado, rechazo y castigo las cuales conllevan a conductas negativas.

El entorno Familiar y social referentes a menudo es disfuncional, presentando dificultades para aceptar y comprender los padecimientos de dichos pacientes. En reiteradas oportunidades se aíslan del proceso de recuperación. Debido a que los lazos vinculares han sido vulnerados y rotos. En otras oportunidades se entabla comunicación y la familia demande una palabra tranquilizadora para aliviar su ansiedad, culpa o inquietud, expresándose de maneras exigentes, temerosas y desconfiadas. El personal de enfermería debe tratar de aliviar la ansiedad ayudando a comprender la situación del paciente, permitirle participar en el cuidado y prepáralos para el alta.

Instalaciones físicas: los suministros y el equipamiento pueden ser tan anticuados y obsoletos como las instalaciones físicas particularmente sino tiene mantenimiento diario, pueden poner en peligro la seguridad, la salud y la sensación de bienestar del paciente y todo el equipo multidisciplinario.

Con todo lo anteriormente planteado, surgen los siguientes interrogantes, ¿Cuál es la percepción y opinión con respecto al posicionamiento de los enfermeros en los cuidados a pacientes adictos a sustancias toxicas?

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

Estudio con un abordaje cualitativo, diseño de tipo descriptivo exploratorio y transversal.

Es exploratorio por cuanto “Tiene por objeto esencial familiarizarse con un tema desconocido, novedoso o escasamente estudiado. Son el punto de partida para estudios posteriores de mayor profundidad” (Hernández Sampieri, R.,2006).

Por tanto, sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes; a su vez permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos, siendo este el caso particular de la investigación.

Según el periodo y secuencia el estudio será transversal, debido a que los datos sobre las variables serán relevados haciendo un corte en el tiempo y aplicando los instrumentos de recolección de datos una sola vez.

Contexto

El presente estudio se desarrollará en las guardias de dos efectores seleccionados por medio de la convalidación de sitio, lugar a donde se aplicó una guía, (ver anexo 1). También se recabaron datos estadísticos y epidemiológicos que fueron suministrados por dichas instituciones, donde se tomaron indicadores en salud mental y cantidad de pacientes relacionados con consumos de sustancias psicoactivas, consultas derivadas por oficios judiciales, reducción de riesgos, restricción de daños a terceros, demandas solicitadas por los ciudadanos formales y por los familiares de dichos pacientes para prevenir riesgos de la vida, daños y compromiso de vida para terceros.

Población

La población estará comprendida por 43 Enfermeras/os y Licenciadas/os en un efector de tercer nivel de complejidad y 48 Enfermeras/os y Licenciadas/os en el efector monovalente provincial, datos suministrados por el jefe del departamento de enfermería y corroborados con los jefes del servicio.

Formaran parte de la población quienes se desempeñan en ambos servicios de guardia de los efectores mencionados, ya sean Licenciados/as o enfermeros/as, que trabajan en los distintos turnos, en un periodo comprendido entre agosto a noviembre del año 2018.

De la población total de cada efector, se tomara una muestra no probabilística por “disponibilidad”, del 50% de la población seleccionada por los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Enfermeros y licenciados que se encuentren activos en la guardia de cada hospital seleccionado sin límites de edad.
- Enfermeros y licenciados que se desempeñen en los diferentes turnos (TM, TT, TN).
- Enfermeros y licenciados a partir de seis meses de antigüedad en ambos servicios de guardia.
- Enfermero y licenciados que haya firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Enfermeros y licenciados en tareas livianas.
- Enfermeros y licenciados cubre licencias.

Técnica e Instrumentos de recolección de datos

La fuente de información es primaria, ya que la información será obtenida mediante una encuesta semiestructurada, a través de la modalidad de cuestionario auto administrado, a los Licenciados/as y enfermeros/as que se desempeñen en los diferentes turnos; en dicho instrumento se identificaron las variables edad, sexo, antigüedad en el servicio, nivel de formación, turno laboral y se desarrollaron preguntas sobre la percepción y opinión acerca del cuidado y asistencia a pacientes con síndrome de abstinencia a sustancias tóxicas.

A cada enfermero y licenciado de los dos efectores seleccionados se le solicitó realizar el cuestionario el cual estará conformado con preguntas semiestructuradas, y se le informará el anonimato de los datos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
Percepción	En cuanto a los Aspectos Cognitivos	Herramientas recibidas en la carrera sobre la atención a pacientes en crisis de abstinencia
		Capacidad para manejar la ansiedad, angustia y estrés que generan las conductas violentas del paciente
	Ante la intervención de Crisis	Abordaje por medio de la comunicación
	Acerca del funcionamiento del equipo Interdisciplinario	Intervención y abordaje conjuntos del equipo interdisciplinario médicos, psicólogos, psiquiatra, toxicólogo y acompañante terapéutico
	Con Respecto al Entorno	Presencia/contención de familiares y/o amigos.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
OPINION	Con respecto a la planificación de cuidados hacia el paciente.	Utilización del proceso enfermero para la valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud.
		Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente, como espacio de escucha, apoyo y reflexión
	Con respecto a la coordinación del equipo interdisciplinario	Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención

Instrumento: (ver anexo II)

En los estudios cualitativos, la recolección de la información involucra la aplicación de diferentes métodos y estrategias. En el presente proyecto de investigación, la recolección de la información se ejecutará a través del método cuestionario semiestructurado individual. El cuestionario semiestructurado consiste en la realización de una serie de preguntas pre-elaboradas generalmente de tipo abiertas, las cuales determinan el área de investigación y permiten la profundización de las ideas relevantes, esto mediante la realización de nuevas preguntas.

Para realizar la recolección de los datos, se empleará como instrumento un cuestionario. En el mismo se medirá la Percepción a través de cuatro dimensiones y la opinión en dos dimensiones, con sus respectivos indicadores los cuales están explicitados en la operacionalización de las variables.

Se realizaron pruebas previas con el propósito de obtener información sobre confiabilidad, validez y detectar problemas con la construcción, el contenido, la administración y la interpretación del mismo.

Validez de contenido: Se estableció al discutir el instrumento, enunciado por enunciado, con seis profesionales con experiencia en la atención a pacientes con síndrome de abstinencia a sustancias tóxicas. Evaluaron la claridad y relevancia de los enunciados. Después, el instrumento se administró a cuatro profesionales de enfermería, de un efector de 2^{do} nivel de complejidad, con condiciones similares a las demandas en la atención a sujetos con síndrome de abstinencia a sustancias tóxicas para conocer las reacciones y opiniones sobre los enunciados del instrumento.

Personal a Cargo de la recolección de datos

La recolección definitiva de datos a través del instrumento será llevada a cabo por el estudiante autor de este proyecto de investigación.

Plan de análisis

Para el análisis y procesamiento de los datos recolectados a partir de la aplicación de los instrumentos, se realizará la codificación, clasificación y agrupamiento de la información, creación de base de datos y su posterior transcripción a estas, aplicación de procedimientos estadísticos y presentaciones en tablas y gráficos.

La información recolectada por medio de los cuestionarios se analizará a través de la técnica cualitativa de análisis de contenido. El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto.

La estadística inferencial se trata de procedimientos utilizados por el investigador para determinar la confiabilidad de la inferencia de que los fenómenos observados en la muestra ocurrirán también en la población de donde se seleccionó la muestra o contrastar la hipótesis. (Hernández Sampieri, R. 2006)

El análisis de la información será realizado por el autor, con la asesoría de un profesional estadista, así mismo los datos con respecto a las variables percepción y opinión, serán codificadas con el software de análisis de datos cualitativos de QSR International y Nvivo, que ayuda a organizar y analizar la información, a explorar y visualizar patrones, además de facilitar la justificación de manera rigurosa de conclusiones con evidencia, versión 10, al ser considerado como una herramienta base para la investigación dentro del ámbito de las Ciencias Sociales.

Una vez transcritos los cuestionarios, se realizará una lectura global de estos para su mejor comprensión, y realizar enlaces entre conceptos y experiencias, para finalmente, cautelar la flexibilidad en el análisis, para evitar que las ideas propias del autor puedan influir en el análisis final de la información.

Plan de trabajo y Cronograma de actividades periodo 2018

Se estima un tiempo de 4 meses para la recolección de datos, que comprende al periodo de agosto a noviembre 2018, luego se realizara la recopilación de la información, procesamiento de datos y realización del informe.

Etapas	Agost	Septi	Octub	Novie	Diciem	Enerot	Febrer
Recolección Datos							
Tabulación Datos							
Análisis Datos							
Elaboración Informe							

Este cronograma nos proporcionará la cronología de la ejecución, recolección, análisis, codificación y elaboración de un informe final.

Presupuesto y Recursos

Recurso Humano	Cantidad	Costo unitario	Total
Estudiante Investigador	1		1
Recursos Materiales			
Fotocopias	200	0,35	\$70
Impresiones	600		
Artículos de Librería	20	8.50	\$170
Almuerzo/comida	34	40	\$1360
Tarjeta de Colectivo	60	9,50	\$570
Gastos imprevistos		200	\$200
TOTAL			\$2300

ANEXO I

ESTUDIO DE CONVALIDACION

Realización de una entrevista con el jefe/a del departamento de enfermería para obtener autorización para la convalidación de sitio

¿Cuál es la dotación total de planta según cargos y niveles de formación, del servicio de guardia en este efector?

¿Cuáles son los horarios planeados para el servicio de guardia y el número de enfermeros/as y licenciadas/os asignados por turno?

Con respecto a la antigüedad en el servicio ¿Cuántos enfermeros/as y licenciadas/os presentan un periodo mayor o igual a un año?

Con respecto a actualizaciones, especializaciones e investigaciones ¿Cuántos/as enfermeros/as y licenciadas/os de la dotación total, han realizado en los tres últimos años?

¿Dentro del efector, el personal de enfermería (enfermeros/as y licenciados/as) forma parte del equipo interdisciplinario de salud mental y adicciones?

¿Cuál es nivel de complejidad del efector?

Desde el punto de vista socioeconómico ¿cuál es la clase de población que concurre al efector?

¿Cuál es el numero estadístico de incidencia y prevalencia de sujetos con consumo de sustancias toxicas que son atendidos en la guardia del efector?

ANEXO II

INSTRUMENTO

Cordial saludo, soy estudiante investigador de la Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Rosario. Estamos realizando esta encuesta con fines académicos para optar al título de Licenciado en Enfermería.

Agradecemos tu Tiempo y sinceridad para responder a las preguntas que les formulamos, se garantiza que la información consignada en este instrumento es confidencial y con fines estadísticos.

CUESTIONARIO sobre la percepción y opinión del personal de enfermería acerca del cuidado a pacientes con crisis de Abstinencia a sustancias tóxicas.

Edad: Sexo: Nivel de Formación en Enfermería: Enfermero.

Antigüedad Turno: Licenciado.

Percepción en cuanto a los aspectos cognitivos

¿Cómo percibe usted el uso de las herramientas recibidas en la carrera, durante la asistencia y atención a pacientes en crisis de abstinencia a sustancias tóxicas?

1. ¿Cuál es su percepción sobre la capacidad de los enfermeros para manejar la angustia, la ansiedad y el estrés que generan las conductas violentas del paciente?

Percepción ante la intervención en situación de Crisis

2. Ante la situación de un abordaje al sujeto en crisis de abstinencia a sustancias tóxicas ¿Cómo se percibe la comunicación que se produce?

Percepción acerca del funcionamiento del Equipo Interdisciplinario

3. ¿Cuál es su percepción frente a las intervenciones y abordajes conjuntos por parte del equipo interdisciplinario médicos, psicólogos, psiquiatras, toxicólogo y acompañante terapéutico?

Percepción con respecto al entorno.

4. ¿Cómo percibe usted la presencia/contención de los familiares y/o amigos?

ENCUESTA DE OPINION:

Opinión con respecto a la planificación de cuidados hacia el paciente:

5. ¿Qué opina con respecto el proceso de cuidado y asistencia de enfermería para la valoración del estado de salud y la identificación de problemas de salud?
6. ¿Cuál es la opinión sobre establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente, como espacio de escucha, apoyo, contención y reflexión?

Opinión con respecto a la coordinación del equipo interdisciplinario:

7. ¿Cuál es la opinión con respecto a la detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención?
8. En su opinión, la derivación del paciente ¿debe realizarla solo el medico ó el equipo interdisciplinario?

ANEXO III

De acuerdo a criterios Epidemiológicos, complejidad en los niveles de atención y conformación de equipos interdisciplinarios para la asistencia a sujetos de atención con consumo problemático, los efectores seleccionados son: un hospital de emergencias de alta complejidad de tercer nivel en el sistema de salud de la red Municipal, el cual es un referente de la ciudad de Rosario y la periferia de la región en el cual hay un promedio de ingresos de entre 100 y 120 consultas diarias por guardia y de ellas 35% son consultas relacionadas con consumos de sustancias tóxicas, información facilitada por el departamento de estadística. Es un centro de referencia para Ablación de órganos y especializado en atención a pacientes en estado de emergencias, urgencias y politraumatismos de la población de adolescentes, adulto joven, adulto mayor y adulto anciano.

En los últimos años se han incrementado los pacientes poliadictos a sustancias tóxicas, ingresan por accidente de moto versus peatón, auto, caída de altura, heridas de arma de fuego y arma blanca, presentando politraumas, patologías cardiovasculares, intoxicaciones laborales y voluntarias con edades que oscilan entre 15 y 45 años, plena edad productiva. Dicho efector cuenta con un equipo de salud mental (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) de lunes a viernes de 8 a 20 hs y guardias pasivas para los fines de semana.

El segundo efector, es monovalente y de tercer nivel en referencia a las urgencias y emergencias en salud mental y adicciones, el cual es dependiente de la provincia, y recibe en promedio ingresos de 250 a 287 consultas semanales de las cuales el 48% están relacionadas a pacientes por consumo de sustancias tóxicas, de la misma manera la información es recabada en el departamento de estadística de la institución y avala por la jefe de Enfermería de la guardia psiquiátrica. Se realizó una valoración retrospectiva, para dar validez al problema planteado y se encontraron datos significativos, que se exponen a continuación: en el primer trimestre del año 2014 se registraron 36 ingresos de internación general y dispositivo de guardia. En comparación, en el primer trimestre del año 2015, se registraron 67 ingresos, es decir un 86,11% más con respecto al año anterior. De este total el 77,6% de pacientes fueron externados y tratados a través de centro de salud u otro dispositivo adecuado para su patología. Las causas más frecuentes de ingreso al centro son

en primer lugar, descompensaciones psicóticas y como segunda causa situaciones relacionadas con adicciones.

De acuerdo con el departamento de Estadística del CRSM Agudo Ávila la información suministrada para el periodo comprendido entre mayo 2016 y mayo del corriente, las consultas para situaciones relacionadas a consumos problemáticos según manual del DSM IV, son el 80% de cada mes en un promedio 300 pacientes. Actualmente, el efector cuenta con 8 camas de tránsito para situaciones de crisis breves, que requieran no más de 7 u 8 días de internación, pero también se está trabajando para incorporar 8 nuevas camas para situaciones intermedias que requieran un período más largo de internación.

Asimismo, el Centro Regional de Salud Mental dispone de 24 camas de internación para pacientes con enfermedades crónicas, que, conforme a la nueva Ley, el efector está en un proceso de refuncionalización para reconvertirse en un hospital de enfermedades agudas. Como objetivo se pretende derivar a los pacientes crónicos a lugares adecuados según su patología.

ANEXO -IV

En el momento en que se realizó la prueba piloto del instrumento, se abordaron a cuatro enfermeros/as, dos licenciados; para un total de seis participantes.

En primera instancia se les explico la finalidad, de la realización de la prueba y luego de haber leído el encabezado del instrumento, comenzaron a desarrollarlo. Con relación a las dificultades observadas; fue lo extenso del instrumento, referente a la sugerencia se consulta a la Docente asesora, quien recomienda compactar el instrumento en cuatro preguntas para la variable percepción y cuatro para la variable opinión, que se realizó en la operacionalización de estas mismas, así mismo se subdivide en cuatro dimensiones las cuales son el cuidado, las situaciones de crisis, el equipo interdisciplinario y el entorno.

Una de las preguntas que se presentó tergiversaciones fue con respecto ¿cuál es la percepción del conocimiento que posee sobre la internación en crisis de abstinencia?, llegando a un consenso con los encuestados en afirmar que el indicador apropiado a medir era ¿Cómo percibe usted el uso de las herramientas recibidas en la carrera, durante la asistencia y atención a pacientes en crisis de abstinencia? Puesto que guardaba coherencia con cada una de sus formaciones educativas, recibidas en las diferentes escuelas de enfermería.

Otras de las preguntas en las que se debatió y que se presentó a confusiones, era la referente a ¿cómo percibe usted la ausencia de los familiares y amigos?; la cual es reformulada ¿cómo percibe usted la presencia/contención de familiares y amigos? Además de la acotación sobre la dimensión de la percepción relacionada con el ambiente que es reemplazado por entorno ya que era pertinente y específica para el problema del proyecto de investigación.

Se observo gran interés en el tema y una activa participación y voluntaria en los encuestados, quienes refieren que eran neófitos en cuanto al sustento científico para validar y fundamentar el conocimiento empírico adquirido en el cuidado y asistencia a pacientes en crisis de abstinencia a sustancias toxicas.

Referencias Bibliográficas

- APRECOD (2015). Documento Orientativo para la Prevención y Tratamiento Integral de los consumos Problemáticos de sustancias y las Adicciones. APRECOD, Agencia de Prevención del consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado, Provincia de Santa Fe. Sitio web:
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/236390/1244661/file/Documento%20orientativo%20para%20la%20Prevenci%C3%B3n%20y%20Tratamiento%20de%20los%20Consumos%20Problem%C3%A1ticos.pdf>
- Barandica Jorge. "IV Seminario de Educación sobre Adicciones"; Programa Medios en la Educación, el Diario en la Escuela. Diario Los Andes. Auditorio Dr. Adolfo Calle; Pública Diario Los Andes; Abril 2007.
- Bleda, J. M. Determinantes sociales de la Salud y de la Enfermedad. Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales. Núm. 7 pág. 149-169. Disponible en :
<https://revistabarataria.es/web/index.php/rb/article/view/241/239>
- Blumer, Herbert (1969) "Symbolic Interaction: Perspective and Method". Englewood Cliffs N.J: Prentice Hall. Disponible en:
<http://cmap.javeriana.edu.co/servlet/SBReadResourceServlet?rid=1K6XH9QJQ-1HB851T-2M6>
- Boccalari, P. (2014). Salud mental y adicciones. Sitio web:
<https://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/article/view/1472/1424>
- Braulio & Bueno, (s.f.). Efectos del cannabis sobre memoria y el aprendizaje. Concejalía de Sanidad y consumo. Ayuntamiento de Valencia. Disponible en:
<http://www.cendocbogani.org/Archivos/TemasActualidad/Tema%205%20%20Efectos%20del%20cannabis%20sobre%20la%20memoria%20y%20el%20aprendizaje.pdf>
- Casal, Kleiner & Sala, (s.f.). Desde una mirada comunitaria: prácticas en y desde los márgenes, con usuarios de sustancias psicoactivas. Jornada Regional de Salud Mental y Comunidad. UBA. Disponible en: <http://hrsantamarina.org.ar/pdfs/CasalKleinerSala.pdf>
- Casanueva, I. (2013). La imputabilidad, el consumo de drogas y su regularización-penal. Una revisión desde las ciencias de la salud. Tesis Doctoral. Universidad Deusto. Sitio web:
<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=44908>
- Castellano, (1995). DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

- Correa de Carvalho. (2007). Historia de las drogas y de la guerra de su difusión. Noticias jurídicas. Disponible en:
<http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/politicaspUBLICAS/historia%20drogas.pdf>
- De la Cuesta Benjumea, (2006). Desafíos de la investigación cualitativa. Disponible en:
<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/268/292>
- Diccionario de la Lengua Española. Significado de “Droga”. Real Academia Española. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=ECdTcOk>
- Duran de Villalobos, (2017). La enfermería debe volver a lo primitivo. Universidad Veracruzana. Disponible en: <https://www.uv.mx/noticias/2013/10/07/la-enfermeria-debe-volver-a-lo-primitivo-duran-de-villalobos/>
- Duran, (2016). El cuidado: pilar fundamental de enfermería. Portal de revistas universidad nacional de Colombia. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16549>
- Escohotado, A. (1996). Historia elemental de las drogas; ed. Anagrama.
- Espinosa, (2014). La prevención del consumo de drogas en el sistema educativo chileno: SENDA y la Escuela. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Católica de Temuco, Chile. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3112/311230425008.pdf>
- Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, (2013). Realizado por el Gobierno Nacional de la Republica de Colombia. Disponible en:
https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
- Fernández, (2010). Nuevas tendencias en el consumo de drogas psicoactivas y su relación con la violencia interpersonal en Colombia de 2006 a 2010. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/4257/1/05598927.2011.pdf>
- Fernández-Espejo, (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. España. Disponible en:
<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/32332/basesneurobiologicas.pdf?sequence>
- Ferre, Sevilla, Basurte, (2016). Protocolos de intervención Patología Dual. Barcelona. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/8-PDUAL-adicciones.pdf>
- Galende, (2015). La crisis del modelo medico en Psiquiatría. Cuadernos médicos Sociales. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://conferenciabasagliargentina.org/wp-content/uploads/2015/04/apuntes-de-Galende.pdf>
- García & Díaz, (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. Instituto de investigación de Drogodependencias de España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83970206.pdf>

- Gavilán, (2017). Modelo sociocultural para la intervención en la transexualidad infantil. Disponible en: <https://jgavilan.es/wp-content/uploads/2017/09/modelo-sociocultural-para-la-intervencion-en-la-transexualidad-infantil-juan-gavilan-macias.pdf>
- GISBERT GRIFO, M. S. et al.: Glosario de Psiquiatría Forense..., ob. cit., p. 168; Glosario de términos de alcohol y droga, ob. cit., p. 53; 22ª edición del Diccionario de la RAE (<http://lema.rae.es/drae/?val=sustancia>).
- GISBERT GRIFO, M. S. et al.: Glosario de Psiquiatría Forense..., ob. cit., p. 168; Glosario de términos de alcohol y droga, ob. cit., p. 58; LACHICA LÓPEZ, E.: “Conducción de vehículos y consumo de sustancias estupefacientes, alcohol y derivados psicotrópicos”, en Ciencia Forense. Revista Aragonesa de Medicina Legal, 2003-2004, n. 5-6, p. 96; 22ª edición del Diccionario de la RAE (<http://lema.rae.es/drae/?val=sustancia>).
- Goldestein, (2017). Cultura del consumo y subjetividad adictiva. Revista electrónica de la Facultad de Psicología-UBA. Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=419:cultura-del-consumo-y-subjetividad-adictiva&catid=15:actualidad&Itemid=1
- González, (2015). Las adiciones comportamentales: una tormenta al acecho. Universidad Medica de la Habana. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2015/hphs151g.pdf>
- Goodman & Gilman. (2011). Bases farmacológicas de la terapéutica. 12 Edición. Ed. McGraw Hill. pág. 3, 573, 650, 657, 662, 663
- Guerrero Villanueva, Martha y Canales Pichardo, Víctor M. Drogas Psicotrópicas y Narcotráfico, Tomo I, Cárdenas Edit., México. 1999.
- Hernández Sampieri, R. (2006). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Editores. México, 274, 276, 277, 306.
- Hernández Sampieri, R. (2006). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Editores. México, 471,472.
- Husserl, E, (2003). Ideas relativas a una Fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Madrid. Fondo de Cultura Económica. 1993, pág. 63)
- Infodrogas (2008). Drogas: más información, menos riesgo. “Problema Drogas: compromiso de Todos”. Presidencia República Oriental del Uruguay. Sitio web: http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/tu_guia_6_edicion_2008.pdf

- InfoLEG. (2010). Salud Pública, Ley 26657. (27 nov 2017), de Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación Sitio web:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Isaza M., Fuentes G., Marulanda M; et at., (2014). Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. Sexta Edición. Ed. Celsus. Bogotá-Colombia, pág. 4,5, 205, 256-258, 259
- Jiménez, (2016). El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la comunidad de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/38754/1/T37602.pdf>
- Kornblit, Camarotti & Di Leo, (2011). Prevención del consumo problemático de drogas. Material de estudio, modulo 1. La construcción social de la problemática de las drogas. Ministerio de Educación, presidencia de la Nación-Argentina. Disponible en:
<https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/1-construccic3b3n-social-de-la-problemc3a1tica-de-las-drogas2.pdf>
- Leal, (2007). Aportes teórico - metodológico de la fenomenología al desarrollo cualitativo de las ciencias sociales en Alfred Schütz. Universidad de la Frontera. Temuco, Chile. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22012007000200015&script=sci_arttext
- Lewkowicz, (2016). Subjetividad adictiva: un tipo Psico-Social instituido. Condiciones históricas de posibilidad. Iztacala. Disponible en:
http://www.iztacala.unam.mx/errancia/v14/PDFS_1/polieticas%20TEXT0%204%20SUBJETIVIDAD%20ADICTIVA.pdf
- Llopis Llácer, J.J, (2001). Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. Universidad de Valencia. España. Disponible en:
[https://www.uv.es/=cholz/Cocaina%20\(PND\).pdf#page=148](https://www.uv.es/=cholz/Cocaina%20(PND).pdf#page=148)
- Manual práctico de psicoterapia GESTALT. Disponible en:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35962837/MANUAL_PRACTICO_DE_Psicoterapia_GESTALT.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1512105254&Signature=xDcAVi41MbVQ76SLDdtcBuGXCqI%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAngeles_Martin_MANUAL_PRACTICO_DE_PsicOT.pdf
- Martínez, (2011). Nuevas tendencias en el consumo de drogas psicoactivas y su relación con la violencia interpersonal en Colombia de 2006 a 2010. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4257/1/05598927.2011.pdf>
- Martínez, (2015). La visibilidad de los cuidados enfermeros a través de un cambio organizativo en el área de salud VI, Vega media del segura, Región Murcia. Universidad de Murcia.

Facultad de enfermería. Disponible en:

<http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1434/TD.%20Encarnacio%CC%81n%20Marti%CC%81nez.pdf>

Martínez, Páez, Sánchez & Piedras, (s.f.). Síndrome de abstinencia. Hospital Regional Carlos Haya. Servicio de cuidados Críticos y Urgencias, Málaga. Disponible en:
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf>

Merleau-Ponty. M. Fenomenología de la percepción, Barcelona, Península, pág. 476. Col. Historia, ciencia, sociedad núm. 121. 1975). Disponible en:
http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/musicoterapia/informacion_adicional/311_escuelas_psicologicas/docs/Merleau.pdf

Mejía y Cano, (2010). Una aproximación a los modelos de comprensión de la farmacodependencia. Institución universitaria de Envigado - Colombia. Disponible en:
<http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/191/327>

Milanese, (2015). Modelo de Reducción de Daños del consumo de sustancias psicoactivas. Municipalidad de San José de costa Rica. Disponible en: <http://reciprocamente.eurosocial-ii.eu/rec-wp/wp-content/uploads/2015/02/Modelo-de-Reduccion-de-Da%C3%B1os-09-02-15.pdf>

Ministerio de Educación-Argentina, (2008). Prevención del consumo problemático de drogas. Presidencia de la Nación Argentina. Disponible en:
http://www.me.gov.ar/me_prog/prevencion.html?mnx=prevencion&mny=_abo&carpeta=prevencion

Ministerio de Salud. (2013). Experiencias Territoriales de Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones. (27 nov 2017), de Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Argentina Sitio web: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-03-22_experiencias-territoriales-sistematizacion-informacion.pdf

Ministerio de Salud. (2014). Guía Básica de criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la red de servicios de salud mental”. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y el Ministerio de Salud de la Nación. (27 nov 2017), de Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Argentina Sitio web:
http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-05-06_guia-basica.pdf

Montero, F. (2014). Consideraciones hacia los psicofármacos en profesionales y estudiantes de Medicina en España, y en profesionales de la Medicina en México y en Colombia: un estudio comparativo. Departamento de Psicología Clínica, Experimental y social. Huelva. Disponible en: <http://www.savecc.com/Tesis/2014%20-%20TESIS%20-%20Consideraciones%20hacia%20los%20psicofarmacos%20en%20profesionales%20y%20estudiantes%20de%20medicina.pdf>

- MSAL. (2015). Políticas públicas de Salud Mental: Enfoques, Estrategias y Experiencias con base en la Comunidad. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Presidencia de la Nación Argentina. Sitio web: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/recursos-comunicacion/pdf/2015-05-07_politicasp-publicas-en-sm.pdf
- MSAL. (2017). Ley nacional de la Salud Mental N°26.657. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Presidencia de la Nación Argentina. Sitio web: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2017-03_ley-nacional-salud-mental_2017.pdf
- Muñoz, Gallego, Wartski & Álvarez, (2012). Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000200006&script=sci_arttext&tlng=en
- Murrain, (2009). Trascender en el cuidado de enfermería, una oportunidad desde la aplicación de la Teoría de cuidado cultural: algunas Reflexiones. Mundo enfermero. Disponible en: http://www.mundoenfermero.com/producciones/trascender_en_el_cuidado_de_enfermeria.pdf
- Muzio & Yorio, (2011). Bases psicobiológicas de la adicción. Revista electrónica de la Facultad de Psicología UBA. Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=45:bases-psicobiologicas-de-la-adiccion&catid=9:perspectivas&Itemid=1
- Nieto Fernández, Lilia y Rogelio Araujo M., “¡Droga!: La eficacia simbólica del mal”; en: jóvenes, Revista de estudios sobre juventud, Centro de investigación y estudios sobre juventud, México, 9a época, Núm. 8, enero de 1999.
- NIH. (2005). La Heroína: Abuso y Adicción. National Institute on Drug abuse. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-heroina-abuso-y-adicion/glosario>
- OMS. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y consumo, gobierno de España. Editado por Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- OMS. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Organización mundial de la Salud. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000897cnt-2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas_resumen.pdf
- OMS. (2010) Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Organización Mundial de la Salud. Sitio web: <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud, (1994). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Decima Revisión. Volumen 3 disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf>

- Oviedo, (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de estudios sociales. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf>
- Patiño, (2012). Patrones de consumo de cocaína en los jóvenes. Universidad de Girona. Disponible en:
<https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiIf7Q6ejXAhXCipAKHSh6ArgQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fdocument.udg.edu%3A8080%2Fbitstream%2Fhandle%2F10256%2F7376%2Ftfpm.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AOvVaw1O4jL3xy0yRTfBJjQqRZdH>
- Peña & Pérez, (2016). Aplicación de la teoría de Peplau en pacientes con diabetes hospitalizados. Universidad Francisco de Paula Santander. Disponible en:
<http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/762/737>
- Peplau HE. Relaciones Interpersonales en Enfermería. Ed. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona. Versión española de la obra original inglesa Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing de Hildergard E. Peplau, publicada por Macmillan Education Ltd. de Houndmills, Basingstoke, 1990.
- Pons, (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. Universidad de Valencia, España. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006
- Portal Argentina.gob.ar. Ministerio de Salud Mental y Adicciones de la Argentina, Sitio web: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/salud-mental>
- Posada & Mendoza, (2017). Significados construidos en indígenas universitarios sobre sustancias psicoactivas y programas de prevención. Universidad de Antioquia. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n2/0120-386X-rfnsp-35-02-00197.pdf>
- Puello, (2012). Calidad del cuidado de enfermería: medición variable de proceso, rol interdependiente. Cartagena, 2012. universidad Nacional de Colombia. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/8934/1/539506.2012.pdf>
- Puskovic, (2009). Complicaciones Médicas Asociadas al consumo de cocaína. Universidad Nacional de Córdoba Facultad de ciencias Médicas Escuela de Salud Pública. Maestría en Salud Pública. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/puskovic_ivo.pdf
- Rang y Dale (2016). Farmacología. 8 Edición. Ed El Sevier. Pag.1, 538, 589, 590-594

- Rodríguez, De Oliveira & Assuncao, (2010). Bebida alcohólica en la adolescencia: El cuidado-Educación como estrategia de acción de la enfermería. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a23.pdf>
- Salgado & Chica, (2017). Drogas y Educación: Una revisión bibliográfica. Facultad de psicología y Ciencias Sociales Escuela de Posgrados. Universidad Luis Amigó-Medellín. Colombia. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/2262>
- Salud Mendoza, (2014). Atención Primaria en Salud: ante el consumo problemático de drogas. Disponible en: <http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2014/10/APS-Consumo-Problematico-de-Drogas...pdf>
- Salud.gob.mx. (s.f.). De la Salud a la Adicción: Evolución Histórica de las Adicciones. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/adic_cI.pdf
- Sánchez, (2004). Hacia el diseño de mensajes culturalmente relevantes para la prevención del consumo de drogas ilícitas en jóvenes de 19 a 25 años de distintas universidades de Santiago. Disponible en:
http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/260/Sergio+Sanchez+Bustos_MSP20--.pdf?sequence=1
- Sociedad Española de Toxicomanías, (2011). Neurociencia y adicción. Plan Nacional sobre drogas. Disponible en:
<http://www.cesmf.edu.mx/assets/images/articulos/NEUROCIENCIA-Y-ADICCION-2011.pdf>
- Solano, (2017). Estilos de Afrontamiento y Riesgo de Recaída en adictos residentes en comunidades Terapéuticas de Lima. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en:
<http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/360/1/Tesis%20Maestria%20Afrontamiento%20Riesgo%20Recaida%202017.pdf>
- Soto, (2011). Psicoanálisis aplicado al tratamiento de acciones en comunidades terapéuticas ¿Posible o imposible? Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Disponible en:
http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-soto_c/pdfAmont/cs-soto_c.pdf
- Stoppard, Miriam, ¿Qué son las drogas? Éxtasis y la Heroína, Madrid, Javier Vergara, 2000.
- Suarez, (2014). Percepción del cuidado de enfermería de las gestantes que asisten al curso de maternidad y paternidad un proyecto de vida. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/49633/2/TESIS%20FINAL%20DANIEL%20SUAREZ.pdf>

- Subcomisión del Modelo de Reducción de Daños (2017). Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica. Municipalidad de San José, costa Rica. Disponible en: https://www.iafa.go.cr/images/descargables/MODELO-DE-REDUCCION-DE-DAOS_2017.pdf
- Tosi, A. Benítez, P. Garcete E et al... (2015). La Ley Nacional de Salud Mental: Avances y dificultades en su implementación en Hospitales Generales del Gran Rosario. (nov26 2017), de Rehip. Unr Sitio web: <http://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/5423/Tosi%20y%20c%C3%ADa.pdf?sequence=3>
- Universidad Nacional de Cuyo, políticas Publicas, (2011). Caracterización de los modelos Sanitarios y sistemas Sanitarios. Disponible en: <http://www.politicaspUBLICAS.uncuyo.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>
- Urrutia, (2013). Efecto de metanfetamina sobre la actividad de metaloproteinasas y sobre la integridad de la barrera hematoencefalica en ratón: estudios de Neurotoxicidad. Universidad complutense de Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/21198/1/T34442.pdf>
- Vallejos, (s.f.). Entre el modelo médico y el modelo social, algunas reflexiones sobre conceptos y prácticas. Disponible en: <http://www.unsj.edu.ar/descargas/institucional/comisionDiscapacidad/modeloMedicoSocial.pdf>
- Valverde, González & Ferrán, (2003). Programas de reducción de daños en uso/abuso de drogas recreativas. Adicciones, revista versión online. Barcelona, España. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/470/466>
- Vargas, (1994). Sobre el concepto de percepción. Red revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
- Vetere, P. E. [2006] El Modelo Médico Hegemónico y su reproducción en el Perfil de Médico que promueve la Fac. Cs. Médicas de la U.N.L.P. [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.562/te.562.pdf>
- Zichi, M. y Omery, A. (2003). Escuela de Fenomenología: implicaciones para la investigación. En Morse, J (Editora). Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa pp. 160-182. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.