



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAÚL"

TESIS DE GRADO

Previa a la obtención del título de:

Licenciada en Enfermería

TEMA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A PACIENTES
ADULTOS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO Y
DROGODEPENDENCIA DE MARIHUANA EN SALA
GENERAL DE VARONES "SAN JOSE" DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE DESDE OCTUBRE /08 A
FEBRERO /09.**

AUTORA

DELIA DAYANE GARCÉS ROSALES.

TUTORA

DRA. CARMEN PEZO DE MALDONADO

MARZO 2010

GUAYAQUIL ECUADOR



**El Jurado examinador en vista de la prueba
rendida concede la siguiente calificación:**

NOTA:

EQUIVALENTE:

JURADO:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fecha: _____

DEDICATORIA

Dedico mi esfuerzo y trabajo a dios como fuente eterna de sabiduría y a mi madre y hermanos por apoyarme en todo momento.

Delia Garcés Rosales

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que ha guiado mi camino y con su sabiduría me ha permitido alcanzar esta meta

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por darme la oportunidad de estudiar y a las personas que directa o indirectamente estuvieron siempre conmigo.

Delia Garcés Rosales

ÍNDICE GENERAL

Introducción.	1
Justificación.	3
Planteamiento del problema.	5
Propósito.	7
Objetivo general.	7
Objetivos específicos.	7

CAPÍTULO I

ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

La Neurona y su función.	9
Las Drogas y las Neuronas.	10
Alteraciones fisiológicas del sistema nervioso central.	11
Daños médicos que causan las drogas.	11

CAPÍTULO II

ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA

Trastornos de conductas generados por el alcoholismo y la drogodependencia.	12
Alcoholismo	16
Manifestaciones clínicas.	17
Diagnóstico.	20
Factores de riesgo.	20
Tratamiento.	21
Drogodependencia concerniente al consumo de marihuana.	22
Manifestaciones clínicas.	22
La personalidad del consumidor.	22
Tipos de drogas.	23

Cannabis sativa: hachis, marihuana.	24
Salud Mental.	26
Factores predisponentes a problemas de salud mental.	27
Patologías psiquiátricas	28
Amnesia.	28
Hipermnesia.	31
Paramnesia.	32
Psicopatología de la afectividad.	33
Depresión.	35
Entorno social y familiar en pacientes con adicciones.	37
Aspectos relevantes del problema y su incidencia.	39

CAPÍTULO III

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADICCIONES DE ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA

Atención de enfermería.	40
Enfermería psiquiátrica.	41
Paciente psiquiátrico.	41
Proceso de atención de enfermería para personas alcohólicos y/o drogodependientes en el consumo de marihuana.	43
Plan de cuidados de enfermería para pacientes que tienen adicción al alcohol y a las drogas.	44
La familia como elemento incluido en los cuidados.	49
Intervenciones de enfermería en adicciones.	49
Programa de atención en el área.	50

METODOLOGÍA

Hipótesis.	53
Variables.	53
Matriz de operacionalización de variables.	54

Método.	56
Tipos de investigación.	56
Técnicas de observación de datos.	56
Instrumentos de recolección de datos.	57
Población y muestra.	58
Población o universo.	58
Muestra.	58
Instrumentos de investigación.	59
Recolección de la información.	59
Procesamiento y análisis.	59
Interpretación de resultados.	77
Comparación de resultados con la hipótesis.	78
Criterio para elaborar la propuesta.	79

LA PROPUESTA

CHARLAS EDUCATIVAS PARA MEJORAR LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A ADICTOS AL ALCOHOL Y A LAS DROGAS

Introducción.	81
Justificación.	81
Objetivos.	82
Objetivo General.	82
Objetivos Específicos.	82
Importancia.	82
Metodología.	83
Población Objetivo.	83
Ubicación Sectorial y Física.	83
Periodo de Duración.	84
Factibilidad.	84
Recursos.	84
Descripción de la Propuesta.	85

Evaluación de la Propuesta.	86
Beneficiarios.	86
Impacto Social.	87
Visión.	87
Misión.	87
Política.	87

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.	88
Recomendaciones.	89
Definición de términos.	90
Bibliografía	92
Anexos	94
Resumen	

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La Organización Mundial de la Salud define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 g. en la mujer y 70 g. en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene 40 g. de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 g. y un cuarto de litro de cerveza 15 g.).

Nuestro país no está exento del problema, efectivamente, estudios del CONSEP en conjunto con la Universidad Central del Ecuador, realizados en el año 2007, confirmaron un aumento del consumo de varias drogas, que oscila entre 1,5% al 2,5%, siendo el cannabis (con mayor prevalencia de la marihuana) la de mayor uso.

El alcohol y el tabaco son drogas lícitas, de fácil y libre acceso, a pesar de ser psicoactivas, razón por la cual su consumo se ha considerado como una epidemia mundial, palpándose un rápido incremento de consumidores jóvenes y adolescentes.

Con la misma frecuencia se consumen drogas ilícitas. Las estadísticas indican que la principal droga consumida en el mundo, después del tabaco, es el cannabis o marihuana, que representa el 4% a nivel mundial, es decir, unos 160 millones de personas en el mundo usan este tipo de estupefaciente, de los cuales Oceanía con el 15,8% y América del Norte con el 10,7% son los lugares donde predomina el mayor consumo de estas sustancias estupefacientes.

El consumo de alcohol, también afecta en gran medida, a vastos sectores de la población, más aún cuando éste ha sido reconocido como un factor de integración, favorecedor de la convivencia social, con el pretexto de festejo y derroche.

Los consumidores de alcohol y drogas dicen consumir bebidas alcohólicas y estupefacientes, para disfrutar de los efectos placenteros que sienten al consumirlos. Desafortunadamente, variables sociales, psicológicas, que conllevan al uso y abuso del alcohol y/o las drogas, afectan la salud mental, física de los consumidores de bebidas alcohólicas y sustancias estupefacientes, con las consecuentes patologías clínicas que con frecuencia se convierten en crónicas, dependiendo del estado de la persona, así como de varias condiciones, por ejemplo, frecuencia y duración.

El Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, ubicado en la Cdla. Atarazana de la ciudad de Guayaquil, pertenece a la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil, es considerado como la institución más grande que atiende a pacientes con problemas psiquiátricos y de adicción, denominado como de cuarta generación, porque aparte de ofrecer atención hospitalaria se maneja como institución de docencia en la especialidad de Psiquiatría, Psicología Y Terapéutica (de lenguaje, ocupacionales). Además, brinda confianza a los usuarios, porque tiene licenciamiento ISO 9001 recibido desde el año 2002, que asegura una atención de calidad en este centro de atención hospitalario. La Sala San José, es el área que atiende a usuarios varones con problemas de alcoholismo y drogadicción en un 70%, área donde el personal de enfermería debe intervenir con mucha paciencia poniendo en práctica los conocimientos científicos adquiridos a lo largo de su carrera.

La principal meta de la vida de una profesional de la carrera de Enfermería, es la de ejercer el quehacer en salud, basados en la concepción de la Enfermería como una profesión eminentemente humanista y social que es transferida a la vida de las personas, en beneficio del ser humano y de la sociedad con la comprensión de su realidad. La solución del problema radica en definir el perfil de la Enfermera Psiquiátrica, que debe tener conocimientos de bioética, psicología, desarrollo humano y de diversas terapias para personas con adicción al alcohol y a las drogas, por ejemplo, una rutina sana de ejercicios, alimentación adecuada e higiene personal del paciente.

JUSTIFICACIÓN

Debido a que el problema de las drogas y el alcohol afectan a las personas, a sus familias y a la sociedad en general, con consecuencias variadas que van desde la delincuencia, estados patológicos agudos, crónicos, hasta la mortalidad, es necesario que sea tratado con políticas preventivas y correctivas, tanto a nivel del Estado, como de las instituciones hospitalarias que atienden a los adictos.

Reviste especial interés el consumo de cannabis, por ser el estupefaciente de mayor consumo en el Ecuador; que representa aproximadamente el 35% del total de personas que han probado al menos una vez algún tipo de droga y porque por lo menos el 60% de drogodependientes que ingresan al Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, consumen o consumieron marihuana.

El alcoholismo y la drogodependencia han sido considerados como enfermedades con patologías crónicas, a la que incluso se le ha realizado su respectivo estudio epidemiológico; debido a su importancia para el país, también ha sido normado en la Constitución Política vigente desde noviembre del 2008.

El papel del personal de enfermería es de vital interés en el tema del alcoholismo y la drogodependencia, porque tiene la función de intervenir adecuadamente, utilizando los principios bioéticos, psicológicos, clínicos, que demanda la atención de una persona que ha abusado del consumo del alcohol y las drogas.

Los pacientes con adicciones en casos agudos y crónicos necesitan atención inmediata, en el caso de los crónicos se caracterizan por ser individuos desorientados en el tiempo, espacio y persona, razón por la cual requieren de una atención individualizada e innovadora que de alguna

manera ayuda a mejorar su condición de vida, que solo puede ser proporcionada por el personal de enfermería en conjunto con la familia del alcohólico o del drogodependiente.

Es necesario, que el personal de enfermería refuerce sus conocimientos para mejorar la calidad en las intervenciones que realiza al alcohólico y al drogodependiente, en vista de que un consumidor de alcohol y de sustancias estupefacientes, que se está desintoxicando sufre de crisis de abstinencias, que trae consigo problemas que ameritan cuidados especiales de enfermería, que no solo abordan al ámbito profesional, sino también al ámbito humano.

Por lo tanto la presente investigación, está orientada a detectar las principales dificultades que tiene el personal de enfermería en las intervenciones que efectúa a quienes padecen de adicción al alcohol, así como a sustancias estupefacientes, para realizar modificaciones a los procedimientos aplicados en dicha atención y fortalecer los conocimientos en la materia, de tal manera que permita la aplicación eficiente de dichos procedimientos y estrategias de intervención que sean apropiadas para los pacientes con adicciones al alcohol y la droga.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema que se plantea en esta investigación está relacionado con el déficit en las intervenciones de enfermería para los pacientes drogodependientes y alcohólicos, por parte del personal del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce.

El problema es importante, dado el preocupante aumento de la población de jóvenes y adolescentes drogodependientes o de aquellos púberes que a su corta edad ya beben alcohol, incremento que según el censo del CONSEP oscila entre 1,5% a 2,5%, lo que muestra una cruda realidad que en forma rápida ha desbordado modos tradicionales de vida, evolucionando hasta la situación actual, donde el estrés, el ritmo acelerado, muchas veces sin control, representa la puerta de entrada a las otras amenazas de dependencia de sustancias psicoactivas. El alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción son tres epidemias contemporáneas que afectan de modo muy especial a la juventud, el segmento más vulnerable de la sociedad.

La Sala San José del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, atiende en la actualidad, con base en un procedimiento general, a cerca de 100 pacientes alcohólicos y/o que padecen algún tipo de drogodependencia, de los cuales, más de la mitad de ellos consumen marihuana. Muchos de estos pacientes son reincidentes, siendo los elementos que mayor incidencia tienen: familia, personal del centro Hospitalario y entorno.

El personal de enfermería está obligado a brindar atención oportuna y profesional a las personas que tienen adicciones a la droga y al alcohol, debido a que estos pacientes pueden experimentar síntomas de abstinencia, ansiedad, depresión, etc., que mediante la aplicación de la bioética, la psicología y las oportunas y eficientes intervenciones de enfermería pueden ser controladas para bienestar del adicto y de sus familiares, con un consecuente impacto positivo en la sociedad.

En efecto, actualmente el personal de enfermería es responsable por la atención directa de las necesidades del paciente, porque recepta al adicto y deben controlar los estados depresivos y/o de abstinencia, suministrándole la medicina correspondiente en el horario preestablecido, vía oral e intravenosa, posteriormente se le aplica el aseo y se le da la alimentación en la hora debida, sin embargo, no se le está proporcionando el estímulo necesario, ni la motivación que requiere el adicto, menos aun la orientación a sus familiares, para que puedan realizar el cuidado apropiado al paciente que padece esta patología, dentro del centro hospitalario, así como después que se le da el alta.

No obstante, los actuales problemas en la coordinación y de incumplimiento de los postulados referentes a la atención de enfermería para las personas que padecen este tipo de adicciones, por parte del personal de la Sala General de Varones "San José", han traído como consecuencia quejas de los familiares respecto al cuidado de los drogodependientes y alcohólicos, que de acuerdo a la observación directa que se realiza en capítulos posteriores, no reciben el trato ni la atención efectiva que estimule positivamente la rehabilitación de este tipo de pacientes, lo cual se estima, está relacionado directamente con el desconocimiento de la doctrina referente a las intervenciones de enfermería para adictos al alcohol y a las drogas.

Luego, la problemática concierne al "incumplimiento de los procesos referidos a la atención de enfermería a pacientes adictos al alcohol y/o a drogas, por parte del personal de enfermería que labora en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce".

Con todos los antecedentes antes mencionados me he formulado la siguiente pregunta: **¿Cómo se puede cumplir de manera eficiente con los procesos referidos a la atención de enfermería para pacientes alcohólicos y/o drogodependientes en el consumo de marihuana, para mejorar el servicio que se ofrece al usuario, en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce?**

Propósito

Analizar el cumplimiento de los procesos referidos a la atención de enfermería para pacientes alcohólicos y/o drogodependientes, con base en la doctrina de la bioética, en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, para elaborar una propuesta que incremente el nivel de conocimientos en esta materia para mejorar la calidad del servicio a los usuarios.

Objetivo General

Evaluar si el personal de enfermería está cumpliendo en forma técnica y eficiente los procesos referidos a la atención de enfermería en personas alcohólicas y/o drogodependientes en el consumo de marihuana, acorde a los principios bioéticos y psicosociales en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce.

Objetivos Específicos

- Determinar si el personal de enfermería cumple con los principios bioéticos y psicosociales, durante las intervenciones que efectúan a pacientes alcohólicos y/o drogodependientes en el consumo de marihuana, en la Sala General de Varones "San José".
- Determinar las condiciones que ofrece el centro hospitalario, para que el personal de enfermería cumpla eficientemente con los procesos referidos a la atención a pacientes alcohólicos y/o drogodependientes.
- Orientar y prevenir la reincidencia del paciente alcohólico y adicto a las drogas.
- Elaborar una propuesta para incrementar los conocimientos del personal de enfermería durante sus intervenciones a pacientes alcohólicos y/o drogodependientes, para mejorar el nivel de cumplimiento de los procesos referidos a la doctrina en este tópico.

MARCO
TEÓRICO

CAPÍTULO I

ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Las drogas, introducidas en nuestro cuerpo por diferentes vías, llegan alojadas en el torrente sanguíneo hasta el cerebro atravesando la barrera hemato encefálica. Una vez que han llegado al cerebro, lugar donde reside el control de las funciones superiores del ser humano, alteran su normal funcionamiento actuando sobre unas sustancias bioquímicas naturales llamadas "neurotransmisores".

Las señales nerviosas viajan a través de las células nerviosas, denominadas neuronas, que están conectadas entre sí por las sinapsis. En la sinapsis es donde se liberan los neurotransmisores, que actúan sobre la siguiente neurona en unos puntos específicos llamados receptores. La interacción de los neurotransmisores en los receptores produce una serie de cambios que permiten que la información vaya de una neurona a otra.

Las drogas alteran el funcionamiento cerebral modificando la producción, la liberación o la degradación de los neurotransmisores cerebrales de tal forma que se produce una modificación del proceso natural de intercomunicación neuronal y en la producción y re captación de los neurotransmisores. De esta forma es como las drogas logran alterar nuestra percepción sensorial, la sensación de dolor o bienestar, los ritmos de sueño-vigilia, la activación, etc. Estos cambios bioquímicos que se producen en el seno del cerebro se tratan con medicación con el objeto de restablecer el equilibrio natural y permitir el normal funcionamiento de nuestro sistema neurológico.

La Neurona y su Función.

La neurona es la célula nerviosa que conecta todas las partes del cuerpo con el cerebro enviando o recibiendo información y órdenes a través de unas

20 mil millones de neuronas. Las neuronas están conectadas entre sí y los impulsos nerviosos viajan a través de ellas llevando la información, razón por la cual, si una célula nerviosa se daña, se interrumpe todo el ciclo de transmisión.

El problema principal es que todos nacemos con un número determinado de neuronas que no se reproducen ni se regeneran; esto quiere decir que si una sola de estas células muere, se atrofia o se queda bloqueada, no será reemplazada por otra y de esta forma se comienza a hacer el daño al cerebro.

Las Drogas y las Neuronas.

Se considera como droga a cualquier sustancia que, introducida en el organismo vivo, modifica o altera alguna de sus funciones. Existe una gran variedad de sustancias que pueden alterar el funcionamiento del organismo; ya sea para normalizar una función y acelerar, inhibir o retrasar una respuesta.

- **Droga Estimulante:** Acelera la actividad neurológica en forma momentánea, exagerando la naturaleza de los estímulos. Pasado su efecto provoca depresión neurológica.
- **Droga depresora:** Disminuye la actividad mental. Provoca nerviosismo e irritación pasado su efecto.

Uno de los descubrimientos más importantes de los años ochenta en cuestión de drogas, se refiere al daño irreversible que el hachís y la marihuana provocan a las neuronas al incrustarse en su membrana las partículas cannabinoides inhaladas. Estas moléculas son demasiado grandes y no son solubles en agua, por lo que no son eliminadas por el sudor o la orina y se alojan en las glándulas y órganos vitales como pulmones, hígado y cerebro.

Algunas de las drogas más comunes y peligrosas como la cocaína, la heroína, el LSD, mejor conocido como ácido, la marihuana e incluso el alcohol; afectan a la neurona, la engañan, la obstruyen, la violentan o la atrofian,

pudiendo llegar a lastimarla para siempre o matarla. Recordemos que las neuronas no se regeneran así es que el número de éstas va disminuyendo hasta que ya no son capaces, por su reducido número, de llevar a cabo eficazmente las funciones del cuerpo.

Alteraciones Fisiológicas del Sistema Nervioso Central

Estos centran el análisis en la sustancia. La droga es el agente que infecta a las personas.

Daños médicos que causan las drogas:

- **Cerebelo:** es el centro de la mayoría de las funciones involuntarias del cuerpo. El abuso severo de drogas daña los nervios que controlan los movimientos motores, lo que resulta en pérdida de coordinación general. Los adictos crónicos experimentan temblores y agitación incontrolable.
- **Corazón** El uso de drogas puede producir "Síndrome de Muerte Súbita". Las dos sustancias que más frecuentemente han causado estas muertes son el tolueno y el gas butano.
- **Medula Ósea:** se ha comprobado que las drogas causan el envenenamiento, causando leucemia.
- **Nervios Craneales, Nervios Ópticos Y Acústicos:** las drogas atrofan estos nervios, causando problemas visuales y pobre coordinación de los ojos. Además, destruye las células que envían el sonido al cerebro. Ello deriva en graves posibilidades de ceguera y sorderas.
- **Sangre:** las drogas bloquean químicamente la capacidad de transportar el oxígeno en la sangre.
- **Sistema Respiratorio:** se puede producir asfixia cuando no se desplaza totalmente el oxígeno en los pulmones. Además se presentan graves irritaciones en las mucosas nasales y tracto respiratorio.

CAPÍTULO II

ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA

El alcoholismo y la drogodependencia son consideradas enfermedades cuando el individuo, que consume el alcohol y las drogas, ha involucrado ya su organismo y deja de ser una situación síquica. Además el alcoholismo y la drogodependencia son consideradas enfermedades, cuando se necesita un tratamiento para salir de ella, y no puede ser controlada por el farmacodependiente. La enfermedad puede ser con drogas ilícitas y con fármacos, que en un principio se utilizaron para el tratamiento de otra enfermedad.

Andrade Pablo & Bonilla Paúl (1990) dicen que "La adicción se define como una enfermedad caracterizada por compulsión perdida de control, y patrones continuos de abuso, a pesar de percibir sus consecuencias negativas; obsesión con un habito disfuncional, define también un estado de intoxicación crónica o recurrente por drogas caracterizada por una dependencia psicológica y física, así como por tolerancia."¹

Trastornos de Conducta Generados por el Alcoholismo y la Drogodependencia.

En 1964 la Organización Mundial de la Salud propuso sustituir el término adicción por drogodependencia.

Los trastornos causados por sustancia son responsables de alteraciones en las relaciones conyugales y familiares, de divorcio, deserción, maltrato infantil y empobrecimiento familiar. Los problemas médicos causados por el alcoholismo pueden provocar discapacidad, ser crónicos o mortales. Y si hablamos del alcohol, según los datos estadísticos que datan del año 1998,

¹ Andrade Pablo, Bonilla Paúl, Sociedad Juventud y Droga (1990). El Consumo de Drogas. Año 1, N° 3. Guayaquil - Ecuador. Pág. 18.

proporcionados por el INEC, aproximadamente el 90% de todos los residentes en Ecuador han consumido una bebida alcohólica, al menos una vez en la vida, y casi el 51% de todos los adultos ecuatorianos consumen actualmente alcohol, la mayoría de las personas bebe con moderación y responsabilidad; sin embargo las estadísticas indican que, aproximadamente, 1 de cada 12 adultos abusa de alcohol y han tenido al menos un episodio de algún problema causado por el alcohol.

El CONSEP señala: "la adicción al alcohol y a las drogas, es una enfermedad, y esto porque se encontró que los alcohólicos y los adictos a drogas tienen muchas cosas en común, entre otras la de perder el control sobre sí mismos cuando inician ingiriendo su "droga" favorita (alcohol, marihuana, tranquilizantes, inhalantes, cocaína, etc.), además de que tanto los consumidores "fuertes" de bebidas alcohólicas como los de drogas ilegales o los de inhalantes pueden perder la razón y terminar sus días en un Hospital Psiquiátrico o también acabar con su vida por una sobredosis."²

Para poder entender la razón por la cual **la adicción al alcohol y/o las drogas es una enfermedad**, hay que definir primero qué es una enfermedad. Así se define como un fenómeno que presenta, al menos, estas tres características:

1. Existen síntomas, mismos que son un conjunto de señales de alarma que el organismo "emite" con la finalidad de indicar algún desperfecto en su estructura o en su funcionamiento;
2. Existe una progresión en cualquier enfermedad, esto es, las cosas tienden a empeorar si no se atiende el problema;
3. Puede hacerse un pronóstico de cuáles son los resultados cuando la enfermedad sigue su curso natural.

² CONSEP, Universidad Central del Ecuador, Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito (2008). Formación de Formadores, Módulo I: Fundamentos de la Enseñanza y el Aprendizaje, El Formador y sus Competencias en los Procesos Formativos. Segunda Edición. Imprenta Visión. Quito – Ecuador. Pág. 28.

El estadio más avanzado y grave del síndrome de abstinencia es el potencialmente mortal delirium tremens.

Entorno de Pacientes con Adicciones al Alcohol y/o a otras Drogas.

Es una enfermedad por que presenta síntomas claros y definidos, y cuatro grandes fases del proceso de la enfermedad donde esta serie de síntomas se van presentando en cada una de las etapas y que terminan con la muerte del alcohólico o adicto si este no es atendido a tiempo. Algunos ejemplos de estos síntomas son: Presentar olvidos de lo que la persona hacia mientras estaba intoxicada ("lagunas mentales"), mentir para poder seguir consumiendo, robar objetos o dinero de la casa para conseguir alcohol o droga, justificar su manera de beber ("yo no amanezco tirado en las calles, me puedo controlar" o "es parte de mi trabajo"), defender el efecto "positivo" (¿?) de usar drogas ("nadie me quiere"), sentimientos de culpa, ilusión de grandeza, conducta hostil para intimidar y tratar de controlar a la familia, periodos de abstinencia para demostrar que si puede dejar el alcohol o las drogas ("yo puedo dejar de usar cuando quiera"); apatía progresiva hacia otras cosas que no sean el alcohol y/o las drogas de su preferencia, múltiples resentimientos y temores, hospitalizaciones para desintoxicaciones caseras, minimizar el efecto (la marihuana no hace daño, es un producto natural", la cerveza no contiene tanto alcohol"), etc.

¿Como inician las personas a tener este problema?

No necesariamente por que tenga complicados problemas emocionales crónicos que requieran de tratamiento psiquiátrico. Aunque hay que reconocer que el hecho de que una persona tenga serias dificultades afectivas o de adaptación, esto mismo puede facilitar el inicio en el consumo pero no necesariamente es la causa principal de la enfermedad.

Las razones por las que la mayoría se inicia en el consumo son más sencillas de entender. A continuación se revisan algunas de ellas.

- **La Curiosidad:** Quizás se trata de la razón más frecuente, la curiosidad, esto es, el querer saber qué es lo que se siente al consumirlas ya que hay tanta información errónea o distorsionada sobre el alcohol y sobre las drogas y también existe tanta desinformación que algunas personas, especialmente adolescentes (hombres y mujeres) desean saber qué les puede pasar si las pruebas y aceptan hacerlo desconociendo tanto los efectos inmediatos como las consecuencias a corto o mediano plazos (las consecuencias a largo plazo son pocas y fáciles de entender: Daños irreversibles en la salud, locura y/o la muerte).
- **La presión de los "Padres"** (conocidos o amigos del barrio). En ocasiones es muy importante sentirse aceptado en un grupo de amigos de la escuela o del barrio y por desgracia en algunas de esas camarillas o pandillas se ha puesto de moda el consumir bebidas alcohólicas sin control alguno o también el ingerir alguna droga ilegal o algún medicamento de los que requieren receta médica especial pero que se consiguen de otras maneras. Para pertenecer a estos grupos o para permanecer en ellos hay que hacer lo que los demás hacen y algunas personas tienen gran necesidad de pertenencia por lo que aceptan lo que les pidan aún y cuando saben que se están arriesgando a sufrir algunas consecuencias negativas. A esta presión de los padres es difícil contrarrestarla con regaños o "sermones" o señalando las terribles consecuencias del consumo de drogas. Existen otras maneras más efectivas.
- **La necesidad de imitar a otros,** cuando una persona quiere conseguir su propio y personal estilo de ser y de actuar, primero trata de imitar a sus semejantes que admira o que le agrada cómo se comportan y después adquiere para sí mismo algo de esos estilos de ser, convirtiéndolos en parte de su personalidad. Muchas personas se inician en el abuso del alcohol o de drogas por imitación, porque han visto que otros lo hacen y, aparentemente, no les ha pasado nada malo, al contrario, parece ser que

son exitosos y esto último invita a seguir su ejemplo. Este fenómeno, el de la necesidad de imitar a alguien especial, es algo natural que se presente en algunas etapas de la vida, sobre todo durante la pubertad y la adolescencia. El problema reside en el hecho de querer imitar a alguien que consume alcohol o droga. Hay que señalar que la mayoría de los adictos al alcohol o a las drogas se inició consumiendo bebidas con contenido alcohólico durante su pubertad o adolescencia y bajo la "autorización" o invitación de alguien de mayor edad (familiar o amigo de la familia) al que le pareció que ya era oportuno que la persona inexperta aprendiera a sentir lo que sucede cuando se consume alcohol. A nuestras sociedades altamente tecnificadas y "civilizadas" les parece normal el hecho de que un adolescente demuestre que ya es hombre consumiendo fuertes cantidades de bebidas alcohólicas.

- **Alivio de Dolencias:** Por el efecto obtenido (alivio o disminución del dolor físico o emocional, evitar el cansancio, el hambre o las tensiones) prescrito por algún médico durante un tiempo limitado y que la persona usuaria en cuestión decide continuar con el uso bajo su propio riesgo. En muchas ocasiones estos medicamentos se obtienen en el "mercado negro" o también utilizando falsos recetarios.

ALCOHOLISMO

La Sociedad de Alcohólicos Anónimos, dice: "El alcoholismo o dipsomanía es una dependencia con características de adicción a las bebidas alcohólicas. Su causa principal es la adicción provocada por la influencia psicosocial en el ambiente social en el que vive la persona. Se caracteriza por la necesidad de ingerir sustancias alcohólicas de forma frecuente, según cada caso así como por la pérdida del autocontrol, dependencia física y síndrome de abstinencia."³

³ Sociedad De Alcohólicos Anónimos (2004). Revista Ecuatoriana de Alcohólicos Anónimos: Sobriedad. Vol. 6 / N° 3. Editada por Sociedad de Alcohólicos Anónimos. Guayaquil – Ecuador, Junio 2004. Pág. 14.

Manifestaciones Clínicas:

Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos:

Síntomas físicos:

- **Vegetativos:** sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- **Neuromusculares:** temblor tensión muscular cefalea, parestesias.
- **Cardiovasculares:** palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- **Respiratoria:** disnea.
- **Digestivos:** náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, Aerofagia meteorismo.
- **Genitourinarios:** micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

Síntomas Psicológicos y Conductuales

Preocupación, aprensión, sensación de agobio miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria, Irritabilidad, inquietud, desasosiego, conductas de evitación de determinadas situaciones, Inhibición o bloqueo psicomotor, Obsesiones o compulsiones.

Características Diagnósticas de los Trastornos Causados por Sustancias

Las personas que abusan o dependen del alcohol o de sustancias manifiestan, a menudo, síntomas clínicos similares como alteración del juicio, de la orientación, la memoria, la afectividad, el conocimiento, el discurso, y cambios en la movilidad o conducta. Entre ellos tenemos:

- Intoxicación Alcohólica.
- Abstinencia Alcohólica.

- Delirium por Intoxicación Alcohólica.
- Delirium por Abstinencia Alcohólica.
- Demencia Persistente Inducida por el Alcohol.
- Trastorno Amnésico Persistente inducido por el Alcohol.
- Trastorno Psicótico Inducido por el Alcohol.
- Trastorno del ánimo inducido por el Alcohol.
- Trastorno de Ansiedad Inducido por el Alcohol.
- Disfunción Sexual Inducida por el Alcohol.
- Trastorno Inespecífico Inducido por el Alcohol.

Causas.

El alcoholismo es un tipo de drogadicción, en la cual hay tanto dependencia física como mental. El alcoholismo se divide en dos categorías: dependencia y abuso. Las personas con dependencia del alcohol gastan mucho tiempo bebiéndolo y consiguiéndolo.

La dependencia física implica:

- Una necesidad de cantidades de alcohol cada vez mayores para alcanzar la embriaguez o lograr el efecto deseado.
- Enfermedades relacionadas con el alcohol.
- Lapsus de memoria (lagunas o amnesia alcohólica) después de episodios de bebida.
- Síntomas de abstinencia cuando se suspende el consumo de alcohol.

El comportamiento más grave con relación a la bebida incluye la embriaguez prolongada que lleva a problemas físicos y mentales. Algunas personas son capaces de ganar control sobre su dependencia en las fases iniciales antes de perder el control totalmente, pero nadie sabe cuáles bebedores empedernidos serán capaces de retomar el control y cuáles no.

No existe una causa común conocida del alcoholismo. Sin embargo, varios factores pueden jugar un papel importante en su desarrollo. Una persona con una madre o con un padre alcohólico tiene más probabilidades de volverse alcohólica que una persona sin antecedentes de alcoholismo en la familia inmediata.

Entre los factores psicológicos pueden estar:

- Una necesidad de aliviar la ansiedad.
- Conflicto en relaciones interpersonales.
- Depresión.
- Baja autoestima.

Entre los factores sociales están:

- Facilidad para conseguir el alcohol.
- Presión de compañeros.
- Aceptación social del consumo de alcohol.
- Estilo de vida estresante.

La incidencia del consumo de alcohol y problemas conexos está aumentando.

Fases: Louise Rebraca Shives (2000) dice:

- "Un enfermo alcohólico pasa por varias etapas antes de decidir abandonar su adicción. Prochaska y Diclemente describieron estas etapas a partir de la observación de personas que habían abandonado el hábito de fumar:
- La fase pre contemplativo se caracteriza por la ausencia de intención de cambio en un futuro próximo. Los pacientes en esta etapa pueden ponerse en tratamiento bajo presión pero en el momento en que ésta desaparece vuelven rápidamente a las conductas anteriores.

- La fase contemplativa está caracterizada por la ambivalencia, es por ello que en esta etapa es importante sopesar los pros y los contras del problema y la posible solución. Cuando el paciente planea alguna estrategia para abandonar o disminuir el consumo, está preparado para la acción.
- La fase de acción es la fase en la que cada individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno con el fin de superar sus problemas. Esta etapa requiere un compromiso de tiempo y energía.⁴

Después de pasar por estas diferentes fases, si el paciente estabiliza el cambio de comportamiento y está dispuesto a evitar la recaída se encuentra en fase de mantenimiento.

Diagnóstico.

Casi siempre niegan el problema, dejando que amigos, o familiares reconozcan los síntomas y toman las decisiones hacia un tratamiento.

Pruebas de examen para el diagnóstico.

Hay muchas pruebas para diagnosticar el alcoholismo, generalmente en forma de cuestionarios estandarizados que el paciente puede hacer por cuenta propia o en forma de una entrevista conducida por el médico. Dado que las personas alcohólicas a menudo niegan su problema o mienten acerca de ello, las pruebas son diseñadas para obtener respuestas relacionadas con los problemas asociados con el beber en lugar de las cantidades de licor consumidas o de los hábitos específicos del beber.

Factores de Riesgo.

Varios factores pueden jugar un papel importante en su desarrollo. Una persona con una madre o con un padre alcohólico tiene más probabilidades de

⁴ Rebraca Shives, Louise (2000). Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Primera Edición. Editorial Grijalbo. Barcelona – España. Pág. 14.

volverse alcohólica que una persona sin antecedentes de alcoholismo en la familia inmediata.

- Una necesidad de aliviar la ansiedad.
- Conflicto en relaciones interpersonales.
- Depresión.
- Baja autoestima.

Entre los factores sociales están:

- Facilidad para conseguir el alcohol.
- Presión de compañeros.
- Aceptación social del consumo de alcohol.
- Estilo de vida estresante.

La incidencia del consumo de alcohol y problemas conexos está aumentando. Los datos indican que alrededor del 15% de las personas en los Estados Unidos son bebedores problema y aproximadamente del 5 al 10% de los hombres bebedores y del 3 al 5% de las mujeres bebedoras podrían diagnosticarse como dependientes del alcohol.

Tratamiento.

Aquellos que son dependientes necesitan dejar de tomar alcohol (abstinencia), mientras que los bebedores problema pueden tener éxito bebiendo con moderación. Debido a que muchas personas se rehúsan a creer que su manera de beber está fuera de control, una prueba de beber con moderación a menudo puede ser una forma efectiva de tratar el problema. Si ésta tiene éxito, el problema está resuelto; de lo contrario, la persona por lo general está lista para probar con la abstinencia. Hay tres pasos generales involucrados en el tratamiento una vez que se ha diagnosticado el trastorno:

- Intervención.
- Desintoxicación.
- Rehabilitación.

Drogodependencia concerniente al consumo de marihuana.

Andrade Pablo & Bonilla Paúl (1990) dicen que "una Droga es cualquier sustancia que, una vez introducida en el organismo a través de distintas vías (oral, inyectada, fumada o inhalada), tiene capacidad para alterar o modificar las funciones corporales, las sensaciones, el estado de ánimo o las percepciones sensoriales (vista, oído, tacto, gusto, olfato). Existen muchas clases de drogas. Algunas son legales como el alcohol, el tabaco o los fármacos; otras son ilegales como el hachís, la cocaína, la heroína, etc. Todas las drogas tienen un denominador común: al ingerirlas (sea cual sea la forma) pasan a la sangre y, a través de ella, al cerebro y a todo el organismo, provocando los diferentes efectos que las caracterizan: excitar, relajar o distorsionar la realidad."⁵

Manifestaciones Clínicas.

Para determinar qué efectos pueden producir las drogas hay que considerar, cuáles son sus principios activos. Las experiencias y los efectos son distintos en las personas y dependen de diversas circunstancias:

- La composición y riqueza del producto (principio activo y adulterante).
- Las características fisiológicas del consumidor (edad, sexo, complexión física, estado del organismo en el momento de tomar la droga, etc.).

La personalidad del consumidor.

- Las experiencias previas con la droga en cuestión.

⁵ Andrade Pablo, Bonilla Paúl, Sociedad Juventud y Droga (1990). El Consumo de Drogas. Año 1, N° 3. Guayaquil – Ecuador. Pág. 32.

- Las expectativas del consumo (lo que le han dicho que produce y, por lo tanto, espera conseguir al tomarla).
- La frecuencia de uso.
- El ambiente en que se toma (espacio físico, personas con las que se consume, etc.).

Algunos jóvenes piensan que limitar el consumo de alcohol o de otras drogas al fin de semana las hace inofensivas, pero no es así. Los jóvenes que abusan del alcohol piensan que ellos nunca serán alcohólicos porque éstos son los que están tirados en la calle; los que abusan de otras drogas piensan que ellos no serán nunca drogadictos, porque cuando quieran lo pueden dejar, etc. Todas estas afirmaciones ponen de manifiesto la convicción de que se controla, lo que se transforma es un síntoma de riesgo adicional. Siempre creemos que podemos controlar todas las situaciones y, en el caso de las drogas, esta creencia puede hacer que nos confiemos y perdamos de vista los peligros de algo con lo que estamos jugando.

Tipos de Drogas.

Drogas según su grado de dependencia:

- **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, 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 de duras y blandas, es cuestionada, y se podría decir que las duras son malas y las blandas son buenas o menos malas, pero administradas en mismas dosis pueden tener los mismos efectos nocivos.

La dependencia es el estado 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.

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.

Cuatro tipos de drogas según sus efectos narcóticos.

La palabra narcótico es un vocablo griego que significa "cosa capaz de adormecer y sedar". Esta palabra se usa con frecuencia para referirse a todo tipo de drogas psico activas, es decir, aquellas que actúan sobre el psiquismo del individuo se pueden dividir en:

Opio, opiáceos y sucedáneos sintéticos, neurolépticos o tranquilizantes mayores, ansiolíticos o tranquilizantes menores, somníferos o barbitúricos, grandes narcóticos o anestésicos generales.

Cannabis sativa – hachís – marihuana:

El Cannabis Sativa es un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, con una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachís. Su componente más relevante es el 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 puede llevar al síndrome de abstinencia si

se consume de 10 a 20 días. La dependencia se considera primordialmente psíquica. Los síntomas característicos de la intoxicación son: ansiedad, irritabilidad, temblores, insomnio.

Puede presentarse en distintas modalidades de consumo, sea en hojas que se fuman directamente, en resina del arbusto o en aceite desprendido de este último. De la modalidad en que se presente la droga dependerá su denominación: "marihuana" es el nombre de las hojas del cáñamo desmenuzadas, que después de secarse y ser tratadas pueden fumarse (también es conocida como hierba, mariguana, mota, mafú, pasto, María, monte, moy, café, chocolate, etc.), su efecto es aproximadamente cinco veces menor que el del hachís.

El nombre hachís (también conocido como hashis) deriva de los terribles asesinos (hashiscins) árabes, que combatieran en las cruzadas en los años 1090 y 1256. El hachís se obtiene de la inflorescencia del cáñamo hembra, sustancia resinosa que se presenta en forma de láminas compactas con un característico olor.

Durante los años sesenta comienza el consumo casi masivo de la marihuana así como de otras alucinógenas como el peyote, el LSD, etc. A pesar de ser una sustancia ilegal, su consumo sigue en aumento. La marihuana común contiene un promedio de 3% de THC, pudiendo alcanzar el 5,5 %. La resina tiene desde 7,5 % llegando hasta 24%. El hachís (resina gomosa de las flores de las plantas hembras) tiene un promedio de 3.6%, pero puede a tener 28%. El aceite de hachís, un líquido resinoso y espeso que se destila del hachís, tiene un promedio de 16% de THC, pero puede llegar a tener 43%.

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.

Salud Mental

Juan Del Valle (1998) dice: "Salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso."⁶

Sólo un organismo sano está en condiciones de superar dichas dificultades; el organismo enfermo encuentra en el ambiente problemas de difícil superación, que le pueden llevar a fracaso en el mantenimiento de la propia individualidad, es decir, a la muerte, tras la cual, el organismo se confunde progresivamente con el ambiente: se igualan sus temperaturas, se descomponen sus proteínas, se disuelven y homogeneizan sus diversos compartimentos orgánicos y el contenido de éstos con el medio externo, etc.

La salud mental es de importancia primordial para el bienestar de las personas, las sociedades y los países: la salud mental es más que la ausencia de perturbaciones mentales. Supone un estado de bienestar por el que la persona reconoce sus capacidades, puede hacer frente a las presiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuye a la comunidad.

El bienestar del ser humano en sus ejes bio, psico, social se reflejan en la calidad que lleva. Es decir que calidad de vida es el bienestar, Felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

⁶ Del Valle, Juan (1998). *Psiquiatría Clínica*. Tercera Edición. Editorial Antillana. Valladolid – España. Pág. 15.

Factores Predisponentes a Problemas de Salud Mental.

Juan Del Valle (1998) dice: "Se considera que existen alteraciones del funcionamiento normal del organismo que, sin impedir completamente que pueda vivir o reproducirse, suponen molestias o dificultades para el desarrollo normal de su actividad. Enfermedades o lesiones leves, que no ponen en peligro la vida, pueden considerarse enfermedad, porque el malestar que producen dificulta la actividad normal de la vida. Dicho de otro modo: la salud incluye un cierto grado de bienestar físico, y de agrado en la actividad que es necesaria para vivir (bienestar psicológico); sin embargo, la salud no es bienestar. Más bien, el bienestar es, en cierta medida, una parte de la salud, es decir, es uno de los medios necesarios para poder seguir viviendo."⁷

Los problemas de salud más frecuentes según el OMS y que son consideradas como factores pre disponente a problemas de salud son:

- Efectos ambientales.
- Mala nutrición.
- Estrés.
- Depresión.
- Vejez.

La mayoría de pacientes psiquiátricos están encajados en estos parámetros de vulnerabilidad en cuanto a su actual atención de salud mental.

- **Falta de integración social.** – No solo de la familia sino del Estado y la sociedad.
- **Desempleo.** – Es una causa común para el deterioro emocional y psicológico, la jubilación es un inicio de desengaño para el individuo que se sentía útil en sus actividades.

⁷ Del Valle, Juan (1998). *Psiquiatría Clínica*. Tercera Edición. Editorial Antillana. Valladolid – España. Pág. 22.

- **Marginación.** – Por desconocimiento de normas de atención a los ancianos en tareas higiénicas, de nutrición, de cuidado integral.
- **Abandono familiar.** – La falta de solidaridad intrafamiliar .la ausencia de enseñanza de valores para mantener un vínculo de unión familiar.
- **Mala nutrición.** – Más bien es una consecuencia de la involución de sus organismos es el punto vulnerable para la aparición de enfermedades.

Patologías Psiquiátricas. Trastornos de la Memoria.

Luhevski (2000) dice: "Tienen gran importancia clínica, pues a menudo un trastorno de memoria es un signo clínico que nos indica la existencia de un trastorno cerebral subyacente. De hecho, son uno de los indicadores más sensibles de disfunción o daño cerebral."⁸

Se ha diferenciado 3 apartados: Amnesia, Hiperpnnesia y Paramnesia.

Amnesia.

Es la incapacidad de conservar o recuperar información y constituye el trastorno de memoria más importante. Puede ser de causa orgánica o afectiva. Existen diversas clasificaciones: Según etiología, tipo de material, función o período cronológico afectado.

Amnesias de causa orgánica.

Síndrome amnésico.

Concepto. Según el DSM-IV, el síndrome amnésico se caracteriza por un deterioro de la capacidad de aprender nueva información o incapacidad para recordar información previamente aprendida. Causa un deterioro significativo

⁸ Luhevski, I. F. (2000). Enciclopedia de Psicología. Segunda Edición. Editorial Grijalbo. Barcelona – España. Pág. 42.

del funcionamiento social y laboral del paciente y no ocurre solo en el transcurso de un delirium o una demencia. Se relaciona con una etiología orgánica, conocida o sospechada, a diferencia de los trastornos disociativos.

Etiología. Las principales estructuras neuroanatomías relacionadas con el síndrome amnésico son el di encéfalo (núcleos dorso medial y de la línea media del tálamo) y formaciones medias del lóbulo temporal (hipocampo, cuerpos mamilares y amígdala).

Las causas más frecuentes de síndrome amnésico son el alcoholismo crónico y traumatismo cerebral. Otras causas: enfermedades sistémicas (hipoglucemia), enfermedades cerebrales (vasculares, tumores, infecciones, convulsiones, esclerosis múltiple) y fármacos hipnótico-sedantes (alcohol, benzodiacepinas).

Características clínicas. Alteración de la memoria reciente y conservación de la memoria inmediata. La memoria remota también está afectada. Aunque la memoria de un pasado lejano como experiencias de la infancia está conservada; la memoria para sucesos menos remotos como los de la última década está afectada. El déficit afecta más a la memoria episódica, que la semántica. Otros síntomas que suelen aparecer en el síndrome amnésico: cambios de personalidad, pérdida de iniciativa, apatía, episodios de agitación, perplejidad y confusión, confabulaciones.

Amnesia de causa afectiva.

Son las producidas por factores psicológicos emocionales-afectivos.

Amnesia selectiva.

Es la incapacidad para recordar ciertos tipos de recuerdos o detalles de hechos ocurridos. Es una pérdida parcial de memoria como ocurre en la

amnesia lacunar, sin embargo, la información olvidada no es brusca y global, sino más sutil y discriminativa. Incluiría los lapsus de la vida cotidiana y amnesias selectivas secundarias al estado de ánimo, por ejemplo el depresivo tendría dificultad en recordar sucesos alegres de su vida, y al contrario en la manía.

Amnesia por ansiedad.

Estados de ansiedad excesiva, pánico o tensión afectan la capacidad de fijación de la memoria (dificultad para aprender nueva información) p.ej. víctimas de robos y secuestros son a menudo incapaces de identificar la cara de los delincuentes. La ansiedad también puede producir una dificultad en la capacidad de evocar un recuerdo almacenado en la memoria (dismnesia). Es típico el caso del estudiante que por un nivel excesivo de ansiedad sufre un "bloqueo mental" ante un examen, siendo incapaz de recordar lo que había aprendido

Amnesia disociativa o psicógena.

Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado intensa para ser explicada por un olvido corriente o cansancio y no es debida a enfermedad orgánica o ingesta de tóxicos.

La amnesia psicógena puede ser localizada (abarca un período de tiempo, de horas o días), sistematizada o selectiva (abarca ciertos sucesos, por ejemplo: matrimonio, discusión.) o generalizada (abarca toda la vida del sujeto). En general, suele ser parcial y selectiva.

El inicio del cuadro suele ser brusco y de breve duración, con una terminación abrupta en horas o días. Con frecuencia existen acontecimientos biográficos traumáticos, precipitantes del cuadro amnésico, como situaciones

de amenaza física o muerte (accidente, guerra) o sucesos inaceptables (duelo inesperado, abandono de la pareja).

La extensión y alcance de la amnesia varía a menudo de día en día y según quien explore al enfermo, pero hay un núcleo común persistente que no puede ser recordado en estado de vigilia. La amnesia completa y generalizada es rara y por lo general forma parte de una fuga, y si es así, debe ser clasificada como tal.

Los estados afectivos que acompañan una amnesia disociativa son muy variados, pero es rara una depresión grave. Pueden presentarse perplejidad, angustia y diversos comportamientos de búsqueda de atención, pero a veces es sorprendente una tranquila aceptación del trastorno.

Los adultos jóvenes son los más frecuentemente afectados, siendo ejemplos extremos los casos de varones sometidos al estrés del combate. Los estados psicógenos disociativos son raros en las edades avanzadas.

Luchevski (2000) dice: "Un trastorno próximo a la amnesia disociativa es la fuga disociativa o psicógena, en la que se suman, además de una incapacidad del paciente para recordar su propio pasado, un viaje lejos del hogar o del lugar habitual de trabajo y un cambio de identidad parcial o completa."⁹

Hipermnesia.

Grado exagerado de retención y recuerdo de la memoria. Normalmente niños con autismo o deficiencia mental que presentan una habilidad extraordinaria en memorizar listas de datos (p. ej. listados de teléfonos o calendarios de años completos).

⁹ Luchevski, I. F. (2000). Enciclopedia de Psicología. Segunda Edición. Editorial Grijalbo. Barcelona – España. Pág. 42.

Hipermnesia ideativa.

Incluye desde los fenómenos obsesivo ideas (repetida aparición de frases, músicas, palabras de las que es difícil desprenderse) hasta las propias ideas obsesivas.

Hipermnesia afectiva.

Se recuerda con mayor intensidad y frecuencia experiencias desafortunadas en la depresión, y al contrario en la manía.

Paramnesia.

Distorsión o falsificación de la memoria, bien por alteración del recuerdo o del reconocimiento

Falso reconocimiento.

Identificación errónea que hace el paciente de una persona como conocida cuando es la primera vez que la ve. Es típico en Síndrome de Korsakof, demencias y cuadros contusionales.

El paciente tiene la impresión equivocada de haber visto, oído o vivido una situación con anterioridad, cuando en realidad se trata de una experiencia nueva.

Jamais vu, Jamais vécu, Jamais entendu. Es el fenómeno inverso al anterior, donde experiencias previas no son reconocidas, y se experimentan como nuevas. Estos fenómenos pueden aparecer en personas normales y en la epilepsia del lóbulo temporal.

Psicopatológica de la Afectividad.

La vida afectiva puede sufrir las siguientes alteraciones:

1. **Hipertimia.** – Existe un estado de ánimo exagerado de alegría, bienestar y satisfacción así, tenemos:
 - **Euforia.** – Existe exaltación del estado de ánimo del sujeto. Se caracteriza por la alegría profunda, insulsa, con locuacidad que lleva al paciente al chiste grosero y rudo.
 - **Júbilo.** – Es un estado de euforia máxima donde el sujeto; irradia alegría y confianza en sí mismo.
 - **Éxtasis.** – Es una forma superior de euforia con salida de sí mismo, poniéndose en contacto con algo que no es su realidad. Conduce al individuo hacia un mundo sublime de carácter místico, estético, que lo aleja de los sufrimientos del mundo real. Se acompaña a veces de visiones divinas o celestiales.
 - **Manía.** – Se manifiesta a través de extrema alegría, cólera, agitación psicomotora, gran locuacidad, fuga de ideas hasta llegar al éxtasis.
 - **La hipomanía.** – Es un cuadro de inicio o terminación de la manía. Por lo común el paciente se manifiesta alegre, locuaz, feliz, sociable.

2. **Hipotimia.** – Es un estado de malestar por insatisfacción y tristeza. Tenemos: apatía, miedo, pánico, ansiedad, depresión, melancolía.
 - **La apatía.** – Existe falta de interés, indiferencia por todo. Se observa exagerada lentitud, aún frente a estímulos que deberían desencadenar reacciones afectivas o emocionales. Se presenta en pacientes con problemas glandulares y en débiles mentales.
 - **Miedo.** – El miedo es una reacción temerosa ante un peligro concreto que lo justifica. El hombre normal ante el peligro no reacciona con angustia sino con miedo.

- **Pánico.** – El sujeto tiene la vivencia de que el peligro viene de todas partes, provocando conductas agitadas y de sobresalto.
 - **Ansiedad.** – Es temor sin saber a qué. Es temor a algo indefinido. Es importante diferenciar entre angustia y ansiedad; en ambas existe un temor a algo que no se puede definir. En la angustia existen síntomas somáticos viscerales predominantes. En la ansiedad hay expresión más psíquica, así: preocupación, sensación de presión precordial, palpitaciones, paro cardíaco, etc.
 - **Depresión.** – Es un estado de tristeza, disminución e inhibición psicomotora de los procesos intelectuales, volitivos y neurovegetativos. Manifiesta una expresión de tragedia, mímica pobre, anorexia e insomnio.
 - **Melancolía.** – Presenta un cuadro depresivo con gran tristeza, pesimismo generalizado, facies dolorosa, pérdida de la iniciativa, ideas delirantes, hipocondríacas, persecutorias y notable tendencia al suicidio.
- 3. Reacción Afectiva.** – La reacción afectiva puede alterarse desde el punto de vista patológico con las siguientes manifestaciones:
- **Labilidad afectiva.** – El sujeto presenta cambios bruscos del afecto sin motivo aparente; de gran intensidad y breve duración, así: depresivo, eufórico, irritable, indiferente. Se presenta en las personalidades histriónica, inmadura, en los retardados mentales y en las demencias.
 - **Indiferencia Afectiva.** – Es pérdida del afecto a los seres queridos sin motivo aparente. El enfermo no reacciona ante los estímulos emocionalmente agradables ni desagradables.
 - **Inversión de los afectos.** – El sujeto siente odio por los seres amados y amor por los que debería odiar.
 - **Disociación afectiva.** – Es un afecto inapropiado discordante. La respuesta afectiva no concuerda con el estímulo. Un esquizofrénico, ante una mala noticia ríe; y viceversa.
 - **Irritabilidad.** – Existe una desproporcionada reacción frente a un estímulo. El paciente se manifiesta emocionalmente excitable y a veces explosivo.

- **Embotamiento Afectivo.** – Se evidencia disminución de la excitabilidad emocional, colocando al paciente en estado de obnubilación, estupor o shock afectivo.
- **Tenacidad Afectiva.** – Los afectos se mantienen por tiempo prolongado, colocando al paciente en un verdadero sufrimiento con manifestaciones de rencor, odio, envidia, etc.
- **Ambivalencia afectiva.** – Existen afectos contrapuestos: El sujeto ama y odia, a la vez, a la misma persona.

Depresión.

Juan Del Valle (1998) dice: "Las depresiones pueden ser endógenas, erógenas o somató genas. Todas ellas se caracterizan por una serie de alteraciones en el área psíquica y en la orgánica.

En el área psíquica estar deprimido produce tristeza, desmoralización y pérdida de autoestima. En la orgánica da astenia, abatimiento, hipo actividad, pérdida de apetito, pérdida de peso, alteraciones del sueño, disminución de la lívido y en casos graves, incluso ideas delirantes."¹⁰

Depresión endógena.

Este tipo de depresión tiene una causa fundamentalmente biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por las tarde y su patología se relaciona con el cambio de estación (hay un aumento de síntomas depresivos en primavera y otoño). Frecuentemente su iniciación y curso se asocia a ritmos biológicos. Suelen ser hereditarias.

¹⁰ Del Valle, Juan (1998). *Psiquiatría Clínica*. Tercera Edición. Editorial Antillana. Valladolid – España. Pág. 122.

Depresión exógena.

Depresión fundamentalmente causada por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otros acontecimientos externos recientes. Se supone que las depresiones sin una historia de tensión externa se deben a algún proceso biológico intrínseco o endógeno.

Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias interindividuales según el momento evolutivo, influyendo la persistencia de los factores, la profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no, en la depresión que producirán.

Existe una amplia literatura sobre la relación entre la tensión, la separación, la pérdida y otros acontecimientos vitales con los diversos síndromes de la depresión reactiva. Hay que subrayar la importancia de las causas experienciales y ambientales, ya que los acontecimientos de la vida se consideran significativos en la patogénesis de la depresión.

Pay Kel (1979) afirma que "existe un riesgo seis veces mayor de desarrollar una depresión en los seis meses siguientes a la aparición de acontecimientos vitales estresantes", como por ejemplo la independencia y el abandono del hogar por parte de los hijos. Toda la fisiología y la patología del estrés es inseparable de la emoción, de la angustia y de la depresión, sobretodo en cuanto representan los esfuerzos adaptativos del organismo para afrontar una situación de alarma".

Depresión somató gena.

Este tipo de depresión es secundaria a causas físicas específicas y patologías orgánicas demostrables. También se llaman depresiones orgánicas, las causas más frecuentes son:

Trastornos tiroideos:

- Anemias.
- Infecciones víricas
- Lupus.
- Cáncer.
- Parkinson.
- Causas yatrógenas: fármacos como anticonceptivos orales, corticoides, antihipertensivos, psicolépticos y otros.

La depresión es un síntoma muy común entre la población y aparece con mayor frecuencia en la mujeres (entre un 10 y un 15%), en los hombres la probabilidad es menor (entre el 5 y el 12%). Puede surgir a cualquier edad, aunque suelen aparecer los síntomas entre los 20 y 50 años.

Entorno Social y Familiar en Pacientes con Adicciones.

Los problemas sociales que se derivan del alcoholismo y la drogodependencia pueden incluir la pérdida del puesto de trabajo, problemas financieros, conflictos conyugales y divorcios, desórdenes públicos o maltratos, marginación, falta de respeto de gente que llega a ver al alcoholismo como un mal que el alcohólico se inflige a sí mismo y que ven como fácilmente evitable. Estudios exhaustivos, muestran que el alcoholismo no sólo afecta a los alcohólicos sino que puede afectar profundamente a cualquier persona de su comunidad que este a su alrededor.

En la mayoría de estos pacientes la causa principal es el ambiente social aun que hay muchos que manifiestan que en la casa inicio todo, sus familiares tenían por costumbre ingerir bebidas alcohólicas desde cuando ellos eran pequeños entonces viene la curiosidad y se preguntan si sus padres hacían esto por que ellos no.

Cuando un conjunto de personas no obtiene de su medio físico la satisfacción de las necesidades en el orden material, sufre consecuencias que se expresan en el orden médico; tenemos allí una "población enferma". Cuando estas necesidades insatisfechas operan en el orden social, nos encontramos con una "sociedad enferma". A este tipo de patologías se las engloba dentro de lo que se llaman enfermedades sociales.

Estas enfermedades son producto de la crisis que vive una sociedad. En la actualidad, nos encontramos con una sociedad materialista, consumista e individualista en la que se han trastocado los valores. Esta "era del vacío" es la generadora de enfermedades, en donde el sujeto no encuentra salidas sanas y busca válvulas de escape en el alcohol, las drogas y muchas otras formas de auto agresión.

Alcoholismo y drogadicción constituyen enfermedades problemáticas en la salud pública. Los riesgos y danos asociados a Alcoholismo y drogadicción varían con el grado de intensidad de la adicción. Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de su motivación, conocimiento o experiencia en el consumo de Alcoholismo y drogadicción, y las propiedades específicas de Alcoholismo y drogadicción así como la influencia de los elementos adulterantes.

Lo que hace que alcoholismo y drogadicción sea una adicción nociva es que se vuelve en contra de uno mismo y de los demás. Al principio de Alcoholismo y drogadicción se obtiene cierta gratificación aparente, igual que con un hábito. Pero pronto su conducta empieza a tener consecuencias negativas en su vida. Las conductas adictivas por Alcoholismo y drogadicción producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo Alcoholismo y drogadicción no es un defecto moral, es una enfermedad que puede ser controlada.

Aspectos Relevantes del Problemas y su Incidencia.

Los problemas sociales que se derivan del alcoholismo y la Drogodependencia pueden incluir la pérdida del puesto de trabajo, problemas financieros, conflictos conyugales y divorcios, desórdenes públicos o maltratos, marginación, falta de respeto de gente que llega a ver al alcoholismo como un mal que el alcohólico se inflige a sí mismo y que ven como fácilmente evitable. Estudios exhaustivos, muestran que el alcoholismo no sólo afecta a los alcohólicos sino que puede afectar profundamente a cualquier persona de su comunidad que este a su alrededor.

En los colegios sobre todo a nivel de secundaria se presenta gravemente estos problemas, cada vez es más baja la edad en que se inician en el consumo del alcohol y muchos es sólo para mostrar "valor" ante sus amigos. Esto nos hace reflexionar en que como profesionales de la salud es nuestro deber empezar a educar de más temprana edad a nuestros niños sobre estas enfermedades.

CAPÍTULO III

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADICCIONES DE ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Las actuaciones de la enfermera son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente, al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboraran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir las actividades que ayudan deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen el problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable reconocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

Según Jacques y Michelin Selmes (1999): "Entre las actividades de Enfermería tenemos:

- **Dependientes.** – Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- **Interdependientes.** – Son aquellas actividades que el enfermero lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc."¹¹

¹¹ SELMES, Jacques & SELMES Michelin Antoine (1999). Cuadernos y Apuntes de Enfermería. Segunda Edición. Editorial Selmes. Francia. Pág. 33.

Enfermería Psiquiátrica.

Louise Rebrama Shives (2000) dice: "Las enfermeras para atención de salud mental son un grupo numeroso de profesionales que dispensan cuidados de salud mental tanto en los servicios de salud primarios como en los especializados. Sin embargo, en muchos países la formación de las enfermeras es inadecuada y sus funciones no están suficientemente desarrolladas para esta especialidad como tal. Con formación y apoyo, las enfermeras pueden contribuir a promover la salud mental y a prevenir y tratar los desórdenes mentales en nuestra comunidad."¹²

La enfermera psiquiátrica es la llamada en dar atención a los pacientes con deterioro en salud mental. El cuidado de salud mental puede incluir:

- Pruebas de diagnóstico para identificar un problema de salud mental.
- Cuidado clínico y hospitalario.
- Beneficios en la prescripción de drogas.
- Asistencia o terapia para individuos, familias y parejas.
- Asistencia o terapia de grupo.

El personal de enfermería debe dialogar con el paciente, hablarle, usando frases cortas, conocer al paciente pasando más tiempo con el, elevar su autoestima.

Paciente Psiquiátrico.

Juan Del Valle (1998) dice: "Es la persona que tiene deterioro en su salud mental a cualquier nivel y que ha sido valorado por un especialista en psiquiatría, y se encuentra hospitalizado para su debida atención y pronta recuperación.

¹² Rebraca Shives, Louise (2000). Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Primera Edición. Editorial Grijalbo. Barcelona – España. Pág. 44.

Se considera que su afectación está en su psiquis, sus ideas, su percepción del mundo, de las situaciones y que se refleja en su comportamiento individual, social, afectivo; descartando que sea un problema funcional en tanto pertenece al área de Neurología."¹³

Por lo general, siempre llegan al hospital con actitud negativa con signos y síntomas orgánicos y psíquicos como el síndrome de abstinencia agudo por interrupción del consumo, también el síndrome de abstinencia tardío aquí presentan desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo como enfermedades cardíacas, respiratorias, digestivas, sudoríparas.

Además después del consumo de alcohol y marihuana presentan estado alucinatorio comunes, a esto le agregamos que presentan amnesia por los efectos secundarios de las sustancias los sedantes y los alucinógenos, la ansiedad también esta presente, junto con arritmias cardíacas conducta homicida agresiva, confusión, convulsiones alcohólicas, demencia alcohólica, alteración de la percepción, desorientación, disartria, por efectos de ingestión de cocaína alucinógenos cannabis y por abstinencia al alcohol y otros sedantes.

Presentan características como: Actitud agresiva física – verbal, desaseo – presentación bizarra, vagabundeo, con ideas delirantes, movimientos repetitivos, gritos. Se niega a que lo atiendan, ansiedad, agitación psicomotriz, ideas delirantes - -alucinaciones, disforia desorientación, vómitos taquicardia (FC > de 100 por minuto), bradicardia (FC < de 60 por minuto), hipertensión arterial (PAS > de 180 por mmHg, hipotensión arterial (PAM < de 70 mmHg), fiebre (T > de 38 grados centígrados), hipertermia (T > de 39 grados centígrados).

¹³ Del Valle, Juan (1998). *Psiquiatría Clínica*. Tercera Edición. Editorial Antillana. Valladolid – España. Pág. 51.

Proceso de Atención de Enfermería para pacientes alcohólicos y/o drogodependientes en el consumo de marihuana.

En la práctica diaria se da paso a la utilización de los procedimientos como una estrategia de intervención de enfermería, lo que les permite a las profesionales de esta área, prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, el personal debe valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar las acciones necesarias para mantener el bienestar físico y mental del paciente adicto, para proceder a su evaluación.

El objetivo principal del proceso de enfermería aplicado a pacientes con adicción al alcohol y a las drogas, es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, identificando las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, estableciendo planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios, actuando para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

La aplicación de las intervenciones de enfermería tienen repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera, porque debe aplicar las normas de calidad, el usuario es beneficiado, puesto que se garantiza la calidad de su cuidado físico y mental; además, para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Los beneficios para el paciente son los siguientes:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Los beneficios para la enfermera son los siguientes:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Plan de cuidados de enfermería para personas que tienen adicción al alcohol y/o a las drogas:

1. Establecer comunicación y construir una relación de confianza:

Se debe mostrar aceptación del paciente como persona, hablándole con vocalización clara usando frases cortas y palabras concretas, mostrando una forma de aceptación al paciente que muestre una actitud calmada y relajada. Interesarse por todo lo que el paciente relate en un momento de confesión, o dialogo sostenido con el mismo.

Al interesarnos por sus actividades demostramos interés, el cual él lo tomará como un halago personal.

2. Disminuir la conducta inhibida con objetivos simples:

En el proyecto conjunto entre CICAD, OEA y EEUG (2003) se señala: "Se debe pasar el tiempo necesario con el paciente, conocerlo y darnos a conocer cuando este no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente debemos dirigir nuestro interés y cuidados para ayudarlo a expresarse. En el transcurso de los cuidados solo prometerle aquello que se pueda cumplir en forma realista, sin incentivar las expectativas del paciente. Brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son validos y no difieren de los de los demás.

Se debe tratar de limitar el ambiente físico donde este se desplaza normalmente para que creamos un espacio seguro y aumentar sus sentimientos de seguridad.”¹⁴

Una vez que se establece, una relación personal con el paciente debemos tratar de comenzar con interacciones una a una, y después de hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según lo tolere. De esta manera lograremos una introducción progresiva en un grupo social que fomentara sus relaciones personales con los demás.

Se deben limitar las actividades de grupo mientras el paciente no pueda tolerar el nivel de estímulo que esto entrañe. Cada paso que demos junto al paciente debe ser parte de una rutina, de la cual debemos explicarle toda variación de la misma.

3. Aumentar la autoestima del paciente y los sentimientos de valor:

Para aumentar su autoestima debemos proporcionarle atención en una forma sincera y con interés, de esta manera se sentirá apreciado e importante en la relación enfermero paciente. También debemos apoyarle en todos sus éxitos, e incentivarlo a que siga progresando en las interacciones con los miembros del equipo terapéutico y los demás miembros del grupo, etc.

Debemos animar al paciente a que exprese con palabras sus sentimientos de ansiedad, ira o temor. También el enfermero puede ayudar al paciente a mejorar su aspecto, auxiliarlo cuando sea necesario para que se bañe, se vista procure el lavado de sus ropas, etc.

Se debe ayudar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo, tratando evitar no hacer lo que

¹⁴ CICAD, OEA, EEUG (2003). Enfermería en la Prevención Comprensiva del Uso de Drogas. Informe Técnico Final Fase. Editado por Universidad de Guayaquil. Guayaquil, 2003. Pág. 40.

él pueda hacer ya que esto generara dependencia innecesaria. Todo esto procurando pasar el tiempo necesario con el paciente.

4. Favorecer el descanso y sueño:

Enseñarle al paciente que tiene que dar tiempo para un periodo de reposo, siesta o un momento de tranquilidad durante el transcurso del día.

Se debe percibir en el paciente los signos de fatiga, que delaten una alteración en sus patrones de sueño, por lo que se debe animar al paciente a llevar una rutina de sueño durante la noche, limitando su actividad nocturna trasladando las hacia el día. Tratar de que tenga los elementos necesarios para este conciliar un sueño placentero.

5. Orientar al paciente en la realidad:

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil EEUG (2004) dice: "La orientación del paciente se efectúa, a raíz de que con frecuencia pierden el sentido de orientación con respecto a persona, lugar y tiempo. Por lo que debemos llamarles por su nombre, decirles del enfermero referente, indicarles en donde se encuentra, darles fecha, hora, según sea necesario. Se le debe brindar toda la información que ellos no puedan recordar con facilidad sin contrariar sus dichos o pensamientos."¹⁵

6. Incrementar la capacidad del paciente para diferenciar ente el concepto de sí mismo y el ambiente externo:

Para esto debemos hacer distinguir al paciente entre lo real y lo que no es. Valorar las percepciones reales del paciente y corregir los errores de sensopercepción de forma apartada de los hechos. No debemos contradecir la

¹⁵ Escuela De Enfermería De La Universidad De Guayaquil EEUG (2004). Enfermería de Prevención Comprensiva del Uso indebido de Drogas. Editado por la Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Junio 2003. Pág. 44.

poca validez de sus percepciones ni tampoco apoyar las mismas. Ya que esto las incrementaría y generaría una visión confusa de la realidad dando validez a sus alucinaciones.

7. Ayudar al paciente a restablecer los límites del yo:

Se debe permanecer con el paciente si tiene miedo, brindarle compañía y afecto, a veces tocarlo o darle la mano puede resultar terapéutico. Pero antes se debe evaluar la eficacia del uso del contacto físico en cada paciente antes de usarla en forma consistente. Ya que todo tipo de contacto no siempre es bien percibido por todos los pacientes, como un acto inofensivo.

Para reforzar las prioridades, deben ser sencillos, honrados y concisos cuando se hable con el paciente, de esta manera se generará una buena imagen, la cual podrá tener como referencia, un modelo para fortalecer las relaciones con el adicto. Para llevar una conversación con el paciente se tiene que hablar temas concretos y simples, evitando las discusiones ideológicas o teóricas sobre un tema. Hablar de temas actuales y de interés general, el enfermero debe estar dispuesto a hablar de todo tipo de temas. De esta manera podrá comenzar a trabajar sobre éste, dirigiendo las actividades que sean necesarias para ayudarlo a aceptar la realidad, y a mantenerse en contacto con ella. Para ello se puede usar terapias recreativas ocupacionales cuantas veces sea necesario.

8. Asegurar un medio ambiente seguro para el paciente:

Si el paciente se encuentra dentro de un servicio psiquiátrico, para reafirmar la seguridad del medio que lo rodea se debe explicarle los procedimientos que se siguen en el servicio en forma breve y simple. Pero si no se encuentra dentro de un servicio, como en la mayoría de los casos, ayudarlo a identificar el ambiente seguro del lugar donde habita, reconocer a las personas que en él viven o transitan, los nombres de las mismas, reconocer

sus pertenencias y objetos a los cuales tiene acceso. En este caso se deben evitar las tendencias autodestructivas del paciente por lo que el enfermero debe evaluar y retirar aquellos objetos que puedan ser usados para auto flagelarse. El enfermero debe tratar de anticiparse a las reacciones del paciente en respuesta a sus alucinaciones auditivas, para evitar acciones nocivas para sí mismo y para los demás.

9. Conservar un ambiente seguro para los demás. (Familia, pacientes, amigos).

Se debe ayudar a los demás a aceptar las conductas "extrañas" del paciente dentro de su grupo social. Dar explicaciones simples de sus acciones cuando sea necesario por ejemplo: "el paciente está muy enfermo en este momento, necesita nuestra comprensión y apoyo".

Considerar las necesidades de los miembros de la familia y planear que por lo menos un miembro del equipo terapéutico se encuentre a disposición de la misma, brindándoles apoyo emocional y toda la información necesaria sobre la patología.

10. Ayudar al enfermo a superar su conducta regresiva:

- Recordar que la regresión es un retorno pro positivo (consciente o inconsciente) a un nivel más bajo de funcionamiento, un intento de eliminar la ansiedad y restablecer el equilibrio.
- Se debe evaluar el nivel de funcionamiento del paciente para partir desde ese punto su atención y cuidado.
- Se debe establecer contacto con el nivel de conducta del enfermo, después tratar de motivarlo a que abandone su conducta regresiva y se integre a una conducta de adulto.

- Ayudarlo a identificar las necesidades o sentimientos no cumplidos que producen la conducta regresiva. Alentando a que exprese estos sentimientos y ayudarle a aliviar la ansiedad.
- Establecer objetivos realistas. Marcar los objetos y expectativas cotidianas. Procurar que el paciente se percate de lo que se le espera.

La familia como elemento incluido en los cuidados:

No existe una teoría comprobada que sustente el supuesto de que la familia pueda contribuir a la aparición de cuadros de alucinaciones, pero, sin embargo, sí existe un gran consenso sobre la importancia de contar con un entorno familiar cooperante para abordar la enfermedad. Por lo que la familia responde con:

- Elevados niveles de estrés crónicos que sufren las familias con los pacientes drogodependientes, tanto objetivos como subjetivos.
- Cargas financieras, limitaciones en la vida social e interrupciones en otras áreas de la vida familiar.
- Reacciones emocionales, tensión, pérdidas, tristeza, etc.

Intervenciones de enfermería en adicciones

Las principales intervenciones de enfermería en pacientes con problemas de alcoholismo y drogodependencia son:

- Promover la eficacia de la comunicación y el funcionamiento familiar.
- Lograr que participa en los programas comunitarios.
- Promover el auto asistencia y la independencia.
- Ayudar a resolver problemas.
- Hacer que se comunique terapéuticamente.
- Establecer relaciones interpersonales eficaces.
- Ayudar a examinar las conductas problemáticas y tantear las alternativas.

- Enseñar medidas de salud, dar formación sobre trastornos específicos y tratamientos recomendados.
- Administrar medicación prescrita y terapias; vigilar e informa.
- Asegurarse que el entorno en que se encuentre este seguro.
- Contemplar las interacciones con el cliente como una forma de aumentar la autoestima y de mejorar el afrontamiento.
- Participa con el equipo en la orientación del tratamiento.
- Promover la responsabilidad del cliente en cuanto al tratamiento y su auto administración.
- Reforzar las indicaciones y procedimientos de manejo de conductas inadecuadas.
- Forma sobre los derechos y responsabilidades de los clientes.
- Dar información sobre grupos de autoayuda y apoyo.
- Realizar las derivaciones adecuadas hacia los recursos comunitarios.

Programas de Atención en el Área.

En esta Sala se mantienen aun los modelos de atención antiguos en los que solo se aplica la terapia medicamentosa, pero no hay atención directa al paciente como ser humano individual.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil EEUG (2004) dice: "Se conocen programas generalizados para todos los pacientes, sin identificación de patología; como la terapia grupal y la recreación al aire libre es muy selectiva y casi en las salas es mínima .la terapia recreacional no es para todos los pacientes casi siempre estas terapias se dan a pactes manejables y que colaboran en un 80% en todo pero se relegan a los pacientes que tienen conductas agresivas y no muestran colaboración durante estas prácticas."¹⁶

¹⁶ Escuela De Enfermería De La Universidad De Guayaquil EEUG (2004). Enfermería de Prevención Comprensiva del Uso indebido de Drogas. Editado por la Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Junio 2003. Pág. 44.

Los programas aplicados en la unidad como actualización de cuidados de Enfermería, para el mejoramiento de vida de estos pacientes se hace a través de:

- Pictoterapia (pintan).
- Recreación al aire Libre (salen a pasear a la playa, centros comerciales).
- Terapias Grupales (bailan, cantan).
- Terapias Recreativas (juegan indor).
- Psicoterapias. Realizan trabajos con ayuda del psicólogo, dibujan.

Pero todas estas son de parte terapéutica del tratamiento. Pero en Enfermería se deben reforzar estrategias para mejorar la calidad de atención de este tipo de pacientes.

Esto se debe al poco personal especializado, que desconocen la temática o simplemente no tiene la capacidad cognoscitiva suficiente para emprender una labor de esta naturaleza, en este tipo de terapia, ya que es un solo auxiliar quien dirige Pictoterapia por ejemplo, o 6 auxiliares para la terapia recreativa sea esta fuera o dentro del hospital.

METODOLOGÍA

HIPÓTESIS

El incumplimiento en los procesos referidos a las intervenciones de enfermería a pacientes con adicción al alcohol y a las drogas, está relacionado con las limitaciones de conocimientos inherentes a la atención de pacientes alcohólicos y drogodependientes en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce.

VARIABLES

Variables Independientes:

- Limitaciones de conocimientos inherentes a la atención de pacientes alcohólicos y drogodependientes.

Variables Dependientes:

- Incumplimiento en los procesos referidos a las intervenciones de enfermería.

CUADRO No. 2

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables	Concepto	Dimensiones	Indicador
<p>Independiente:</p> <p>Limitaciones de conocimientos inherentes a la atención de pacientes alcohólicos y drogodependientes.</p>	<p>Limitaciones de conocimiento: Escaso de facultades o de doctrina que permita el fácil entendimiento de las cosas.</p> <p>Paciente alcohólico Persona que abusa de manera habitual y compulsiva del consumo de bebidas alcohólicas</p> <p>Paciente drogodependiente: Persona que abusa de manera habitual y compulsiva del consumo de drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de enfermería • Pacientes con adicción al alcohol y a las drogas • Familiares de pacientes adictos al alcohol y a las drogas 	<p>ENCUESTAS:</p> <p>6. ¿Proporciona usted orientación a los familiares de los pacientes con alcoholismo y drogodependencia? a) Si b) No</p> <p>7. ¿Le explican a usted los procedimientos de Enfermería para la atención de pacientes con alcoholismo y drogodependencia? a) Si b) No</p> <p>8. ¿Ha recibido capacitación acerca de las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia? a) Si b) No c) No recuerda</p> <p>9. ¿Con qué frecuencia ha recibido capacitación en lo referente a las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia? a) trimestral c) anual b) semestral d) Nunca</p> <p>10. ¿Qué sugerencia daría a los directivos del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" para mejorar la atención de los pacientes con alcoholismo y drogodependencia?</p>

CUADRO No. 2

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables	Concepto	Dimensiones	Indicadores
<p>Dependiente: Incumplimiento en los procesos referidos a las intervenciones de enfermería</p>	<p>Incumplimiento: Que no cumple su cometido.</p> <p>Procesos: Conjunto de fases sucesivas para llevar a cabo una operación o actividad.</p> <p>Intervenciones de Enfermería: Cuidados específicos que están dirigidos a ayudar a la rehabilitación del paciente y al logro de los resultados esperado.</p>	<p>• Personal de Enfermería</p>	<p>ENCUESTAS:</p> <p>1. ¿Es necesaria para la institución, contar con procedimientos documentados de intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia? a) Si b) No c) No Sabe</p> <p>2. ¿Cuenta la institución con procedimientos documentados de intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia? a) Si b) No c) No Sabe</p> <p>3. En su criterio ¿Están elaborado eficientemente los procedimientos de intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia? a) Si b) No c) No Sabe</p> <p>4. ¿En su criterio ¿En qué aspecto debería trabajarse en los procedimientos de intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia? a) Modificación b) Difusión c) Otros d) Ninguno</p> <p>5. ¿Cuenta el personal de Enfermería con los materiales adecuados para la atención de pacientes con alcoholismo y drogodependencia? a) Si b) No c) No Sabe</p>

METODOLOGÍA

Método

Método cualitativo, transversal y estadísticas descriptivas.

Tipo de Investigación

Estudio descriptivo y cualitativo.

El análisis se utilizó para la obtención de nociones fundamentales acerca de la doctrina de las intervenciones de enfermería para la atención de personas con adicción al alcohol y a las drogas.

El análisis porcentual para la constatación del problema investigado, tuvo como soporte el método estadístico. El enfoque y tipo de esta investigación es descriptiva, además del programa de educación planteado como solución para mejorar la atención del paciente alcohólico y/o drogodependiente.

Técnicas de Obtención de Datos:

Se utiliza la encuesta, la cual ha sido formulada al personal de enfermería, para conocer el cumplimiento de los procesos durante sus intervenciones a los pacientes internados en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce", durante el periodo comprendido entre abril hasta junio del 2009. Se utilizaron técnicas que se emplean en las investigaciones cualitativas, incluyendo las siguientes:

- Encuesta al personal de enfermería y a los familiares de los pacientes con adicción al alcohol y a las drogas.
- Observación directa de usuarios adultos.
- Observación indirecta de historias clínicas.

Instrumentos de Recolección de Datos:

- Formulario para encuestas.
- Matriz para recolección de datos.
- Tablas de observación.

Para la ejecución de este proyecto se seleccionó la estrategia de taller, en el cual se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Charla Educativa.
- Demostraciones (trípticos y folletos).

Lugar:

Auditórium del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce".

Periodo:

Del 2 de Mayo al 6 de Junio del 2009, en los siguientes horarios:

CUADRO No. 3

FECHAS Y HORARIOS.

Fecha	Horario
2 de Mayo del 2009	08h00 – 10h45
9 de Mayo del 2009	08h00 – 10h45
16 de Mayo del 2009	08h00 – 10h45
23 de Mayo del 2009	08h00 – 10h45
30 de Mayo del 2009	08h00 – 10h30
6 de Junio del 2009	08h00 – 10h30

Población y Muestra

Población o Universo

La población de esta investigación corresponde al personal de enfermería que labora en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce".

CUADRO No. 4

POBLACIÓN O UNIVERSO.

Descripción	Cantidad
Licenciadas de Enfermería	12
Auxiliares de Enfermería	14
Población total	26

Fuente: Registros del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce".

Elaborado por: Delia Dayane Garcés Rosales.

Muestra

Debido a que la población es menor que 100, la muestra es igual a la población.

Se realizaron 26 encuestas al personal de enfermería que labora en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce".

Instrumentos de la Investigación

Como instrumento de la investigación se utiliza la encuesta.

Encuesta

La Encuesta tiene como finalidad conocer la opinión que tiene el personal de enfermería que labora en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce", y de varios de los familiares de los pacientes alcohólicos y/o drogodependientes, internados en ella, acerca del nivel de cumplimiento de los procesos referidos a la atención de enfermería en esta materia específica y la calidad del servicio que reciben los usuarios que presentan este tipo de adicciones, indagando las causas por las que se perciben fallas en dicho servicio.

Recolección de la Información

Para realizar esta investigación, se solicitó permiso a los Directivos del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce", para que faciliten la ejecución de la investigación. Se procedió a aplicar la encuesta, en forma ordenada y apropiada.

Procesamiento y Análisis

El procesamiento y análisis de la información es el siguiente paso, inmediato posterior a la recolección de la información con los métodos ya indicados. Recogí la información de las encuestas (ver sección de **anexos**), realizadas al personal de enfermería que atiende a los pacientes alcohólicos y/o drogodependientes en el consumo de marihuana, recogiendo inquietudes de familiares de los usuarios que padecen adicción. Luego este resultado se presenta en cuadros estadísticos y se programa en Microsoft Excel.

Presentación de los Resultados.
Encuesta Aplicada al Personal de Enfermería.

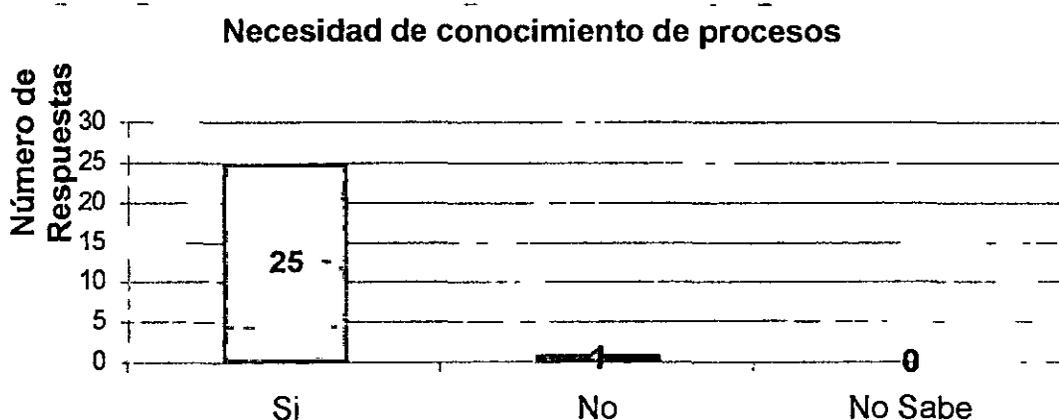
- 1) **Pregunta No. 1. – ¿Es necesario para la institución y el personal de Enfermería, conocer los procesos referidos a intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?**

CUADRO No. 1

Descripción	Frecuencia	%
Si	25	96,15%
No	1	3,85%
A veces	0	0,00%
Total	26	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 1



Elaborado por: Delia Dayane Garcés Rosales.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la pregunta No. 1, se ha podido conocer que el personal de Enfermería de la institución, cree que es necesario conocer los procesos referidos a las intervenciones de Enfermería para la atención de pacientes con alcoholismo y drogodependencia, porque contarán con una guía teórica muy útil en la práctica durante sus intervenciones, para mejorar el cumplimiento y la eficiencia en el servicio que ofrece el Hospital.

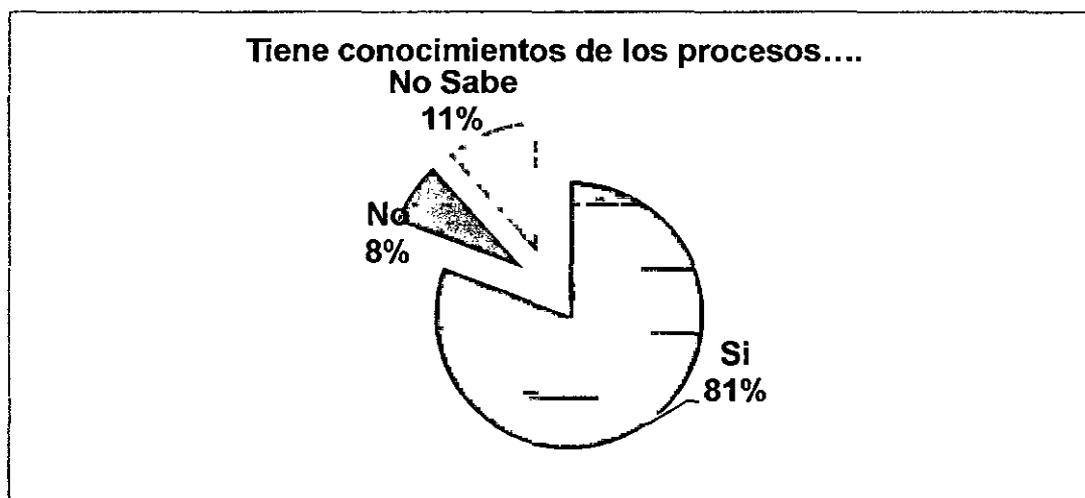
- 2) **Pregunta No. 2. – ¿Conoce el personal de la institución los procesos referidos a las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?**

CUADRO No. 2

Descripción	Frecuencia	%
Si	21	80,77%
No	2	7,69%
No Sabe	3	11,54%
Total	26	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 2



Elaborado por: Delia Dayane Garcés Rosales.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la pregunta No. 2, se ha podido conocer que el 80% del personal de Enfermería señala que el personal de la institución no conoce los procesos referidos a las intervenciones de Enfermería para la atención de pacientes con alcoholismo y drogodependencia, lo que indica que existe incumplimiento de la doctrina de dicha materia.

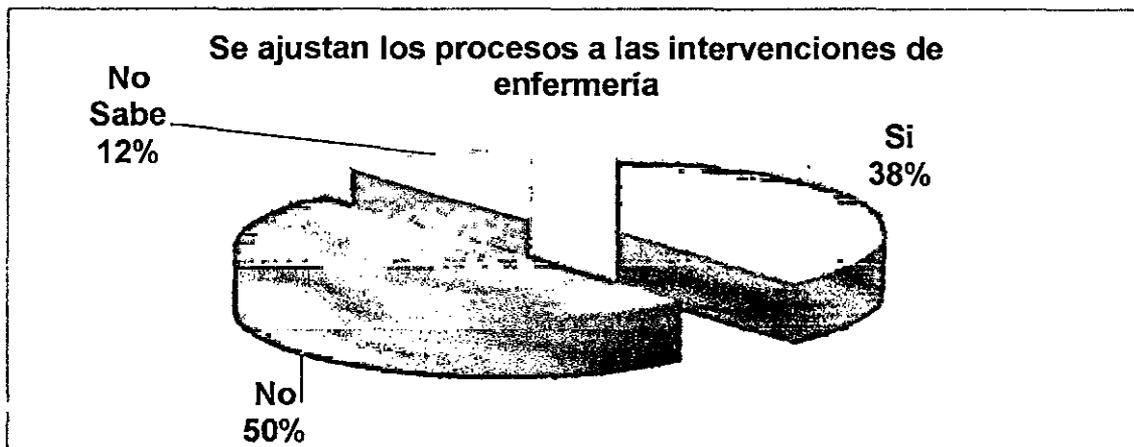
- 3) **Pregunta No. 3. – En su criterio ¿Las intervenciones de enfermería se ajustan a los procesos referidos a las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?**

CUADRO No. 3

Descripción	Frecuencia	%
Si	10	38,46%
No	13	50,00%
No Sabe	3	11,54%
Total	26	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 3



Elaborado por: Delia Dayane Garcés Rosales.

Análisis: Por medio de los resultados de la pregunta No. 3, se ha podido conocer que hay división de criterios entre el personal de Enfermería, en lo relacionado a si los procesos se ajustan o no a la doctrina de intervenciones de enfermería en la atención de pacientes con drogodependencia y alcoholismos, puesto que el 50% afirma que si se ajustan, mientras que el restante 50% dice que no se ajustan o manifiesta no saber del tema, por tanto se concluye que no existe un alto nivel de confianza de cumplimiento de los postulados de atención de enfermería en esta materia, en la institución.

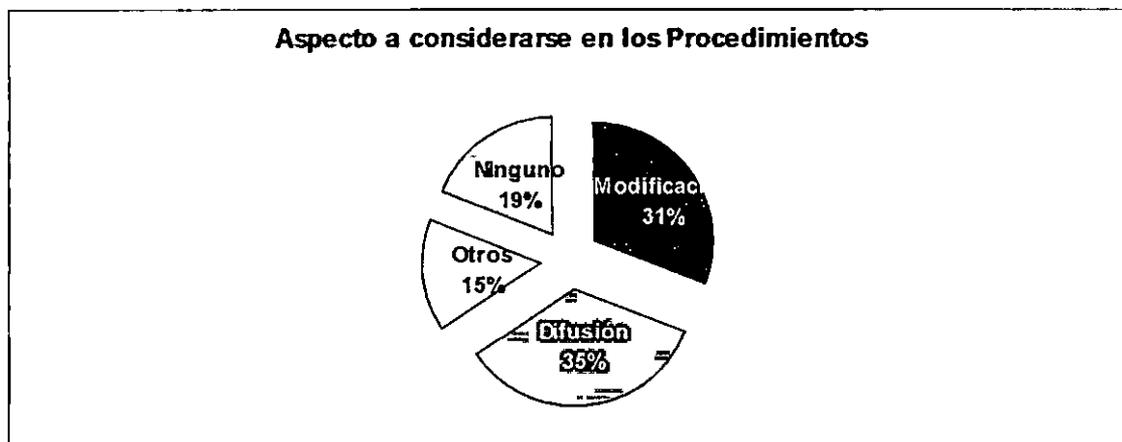
4) **Pregunta No. 4. – En su criterio ¿En qué aspecto debería trabajarse en los procedimientos de intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?**

CUADRO No. 4

Descripción	Frecuencia	%
Modificación	8	30,77%
Difusión	9	34,62%
Otros	4	15,38%
Ninguno	5	19,23%
Total	26	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 4



Elaborado por: Delia Dayane Garcés Rosales.

Análisis: Los resultados de la pregunta No. 4, indican que el 35% del personal de Enfermería, piensa que los procedimientos para las intervenciones de enfermería deben ser difundidos a todo el personal, mientras que el 31% cree que dichos procedimientos deben ser modificados. El saldo restante ha respondido otros motivos o ninguno al respecto de esta temática. Por tanto se concluye que es necesario revisar los procedimientos vigentes y difundirlos para que sean conocidos por todo el personal de enfermería.

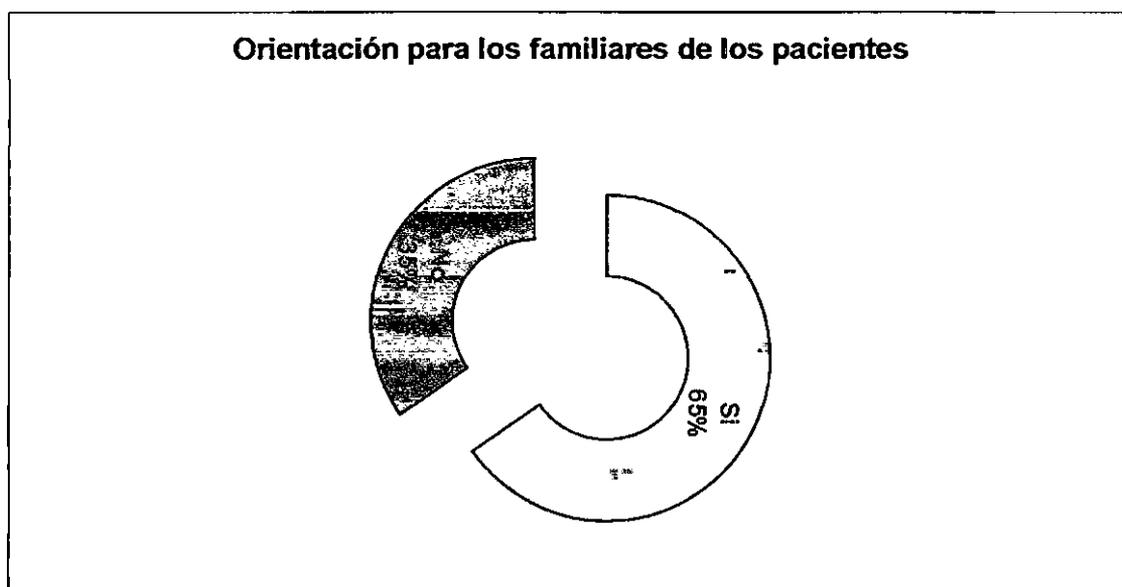
6) **Pregunta No. 6. – ¿Proporciona usted orientación a los familiares de los pacientes con alcoholismo y drogodependencia?**

CUADRO No. 6

Descripción	Frecuencia	%
Si	17	65,38%
No	9	34,62%
Total	26	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 6



Elaborado por: Delia Dayane Garcés Rosales.

Análisis: Los resultados de la pregunta No. 6, indican que el 65% del personal de Enfermería, afirma que si proporciona orientación a los familiares de los pacientes, acerca de cómo debe atender a su familiar que padece adicción al alcohol y/o a la marihuana. Mientras que el 35% ha manifestado que no da la orientación a los familiares de los pacientes, sin embargo, será necesaria la observación de este procedimiento, para determinar su nivel real de cumplimiento, para lo cual se utilizará la tabla de observación.

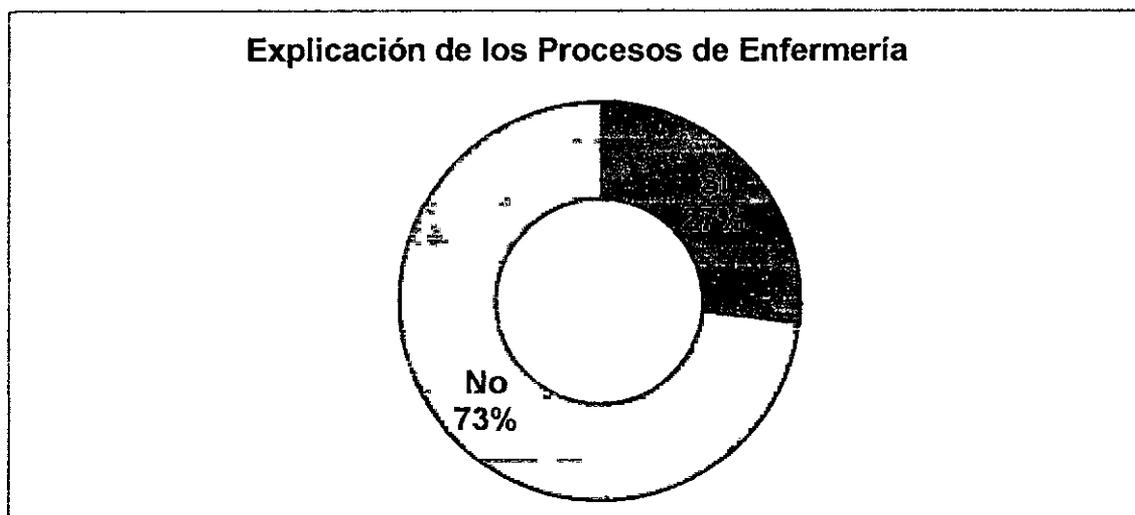
7) **Pregunta No. 7. – ¿Le explican a usted los procesos de Enfermería referidos a la atención de pacientes con alcoholismo y drogodependencia?**

CUADRO No. 7

Descripción	Frecuencia	%
Si	7	26,92%
No	19	73,08%
Total	26	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 7



Elaborado por: Delia Dayane Garcés Rosales.

Análisis: Los resultados de la pregunta No. 7, indican que el 73% del personal de Enfermería, afirma que no reciben explicaciones sobre los postulados concernientes a las intervenciones de enfermería que se debe aplicar a los pacientes que padecen drogodependencia y/o alcoholismo, esto sería una razón fundamental para que ocurra el incumplimiento de los procedimientos durante las intervenciones de enfermería a los adictos al alcohol y/o drogas.

8) **Pregunta No. 8. – ¿Ha recibido capacitación acerca de las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?**

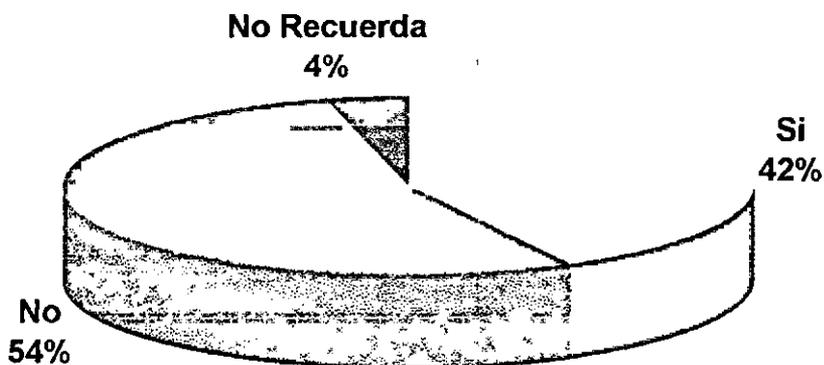
CUADRO No. 8

Descripción	Frecuencia	%
Si	11	42,31%
No	14	53,85%
No Recuerda	1	3,85%
Total	26	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 8

Capacitación para intervenciones con pacientes adictos



Elaborado por: Delia Dayane Garcés Rosales.

Análisis: Los resultados de la pregunta No. 8, indican que solo el 42% del personal de Enfermería, manifiesta haber recibido capacitación acerca de las intervenciones de enfermería para atención de pacientes alcohólicos y/o drogodependientes en el consumo de marihuana, mientras que el 58% restante señala que no ha recibido capacitación en esta temática, confirmándose la hipótesis de que el incumplimiento de los procedimientos por parte del personal de enfermería, se debe a la falta de capacitación en la materia.

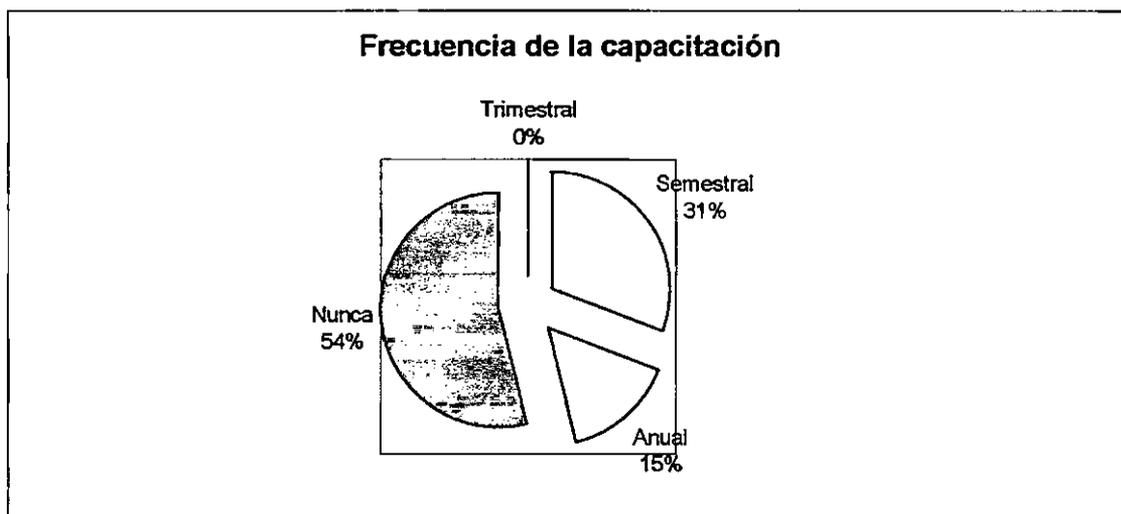
9) **Pregunta No. 9. – ¿Con qué frecuencia ha recibido capacitación en lo referente a las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?**

CUADRO No. 9

Descripción	Frecuencia	%
Trimestral	0	0,00%
Semestral	8	30,77%
Anual	4	15,38%
Nunca	14	53,85%
Total	26	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 9



Elaborado por: Delia Dayane Garcés Rosales.

Análisis: Los resultados de la pregunta No. 9, indican que el 54% del personal de Enfermería, señala que nunca ha recibido capacitación acerca de las intervenciones de enfermería para la atención eficiente de pacientes con drogodependencia y alcoholismo, mientras que el 31% indica que ha recibido capacitación semestral y el 15% capacitación anual, en esta materia, lo que corrobora la hipótesis de esta investigación.

10) Pregunta No. 10. – ¿Qué sugerencia daría a los directivos del Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce” para mejorar la atención de los pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

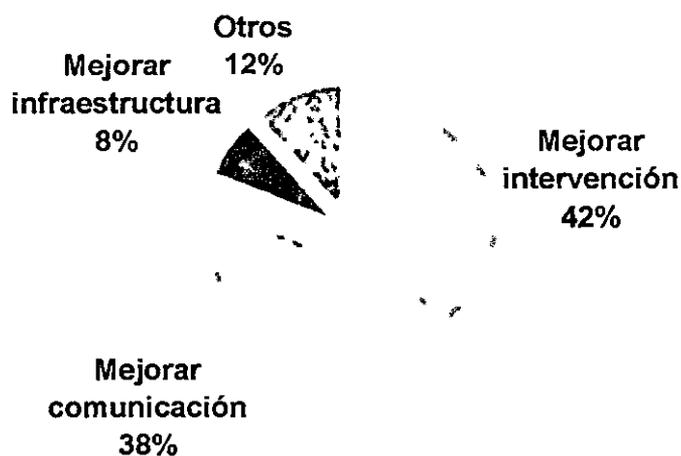
CUADRO No. 10

Descripción	Frecuencia	%
Mejorar intervención	11	42,31%
Mejorar comunicación	10	38,46%
Mejorar infraestructura	2	7,69%
Otros	3	11,54%
Total	26	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 10

Sugerencias para los Directivos del Hospital



Elaborado por: Delia Dayane Garcés Rosales.

Análisis: Los resultados de la pregunta No. 10, indican que el personal de Enfermería, cree que se debe mejorar las intervenciones y la comunicación para mejorar el servicio al cliente, pero piensan que las fallas son motivadas por la falta de capacitación en la temática y por la no difusión de los procedimientos relacionados con el tópico en mención.

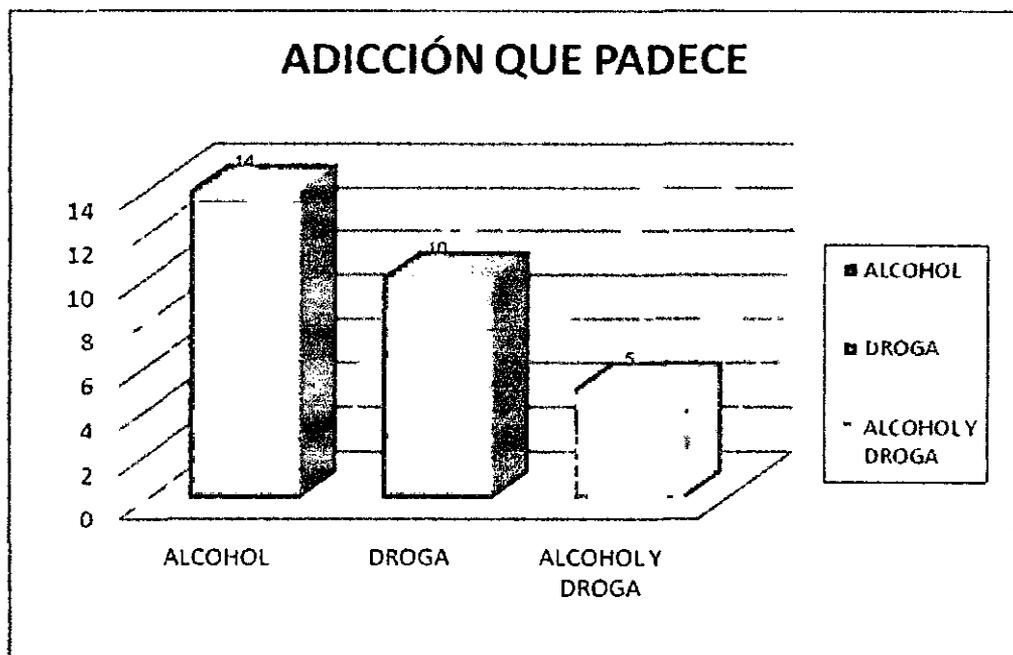
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE "SALA SAN JOSÉ"

1. ¿QUÉ TIPO DE ADICCIÓN PADECEN LOS PACIENTES?

Tipo de adicción	Pacientes	%
Alcohol	14	0.48
Droga	10	0.34
Alcohol y droga	5	0.17
TOTAL	29	1.00

Fuente: Valoración de la edad del paciente farmacodependiente.

Elaborado por: Delfa Garcés Rosales.



ANALISIS. La gráfica refleja que de los 29 pacientes, 14 consumían alcohol, 10 Drogas y solamente 5 las dos cosas al mismo tiempo. Esto quiere decir, que en su mayoría, los adictos o son alcohólicos o son drogodependientes, pero no ambas cosas a la vez, caso que si ocurre pero con baja frecuencia.

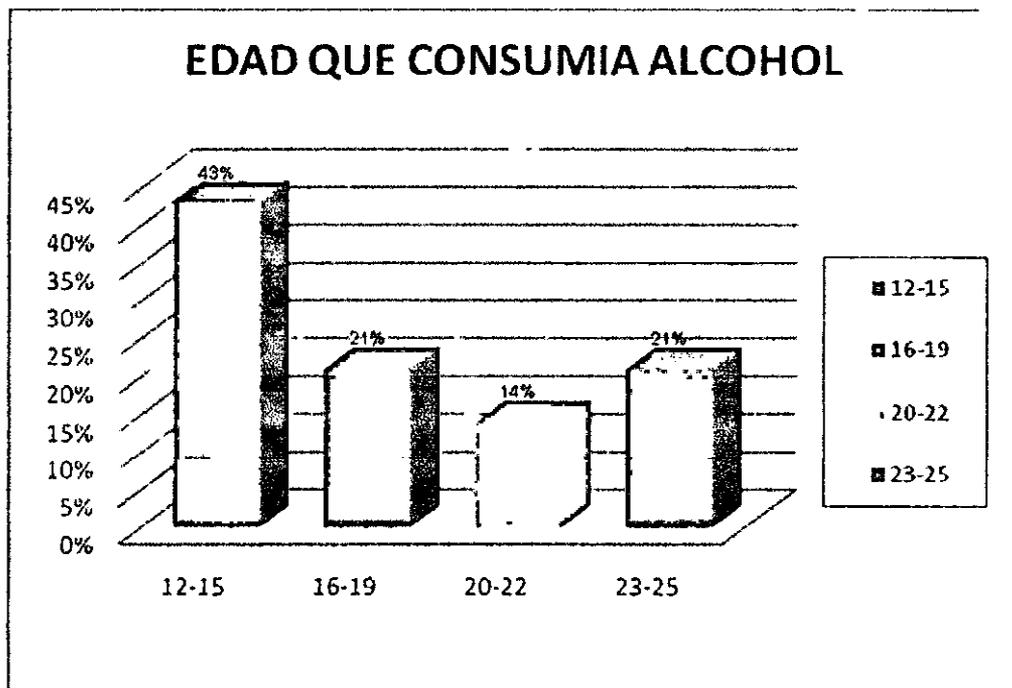
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE "SALA SAN JOSÉ"

2. ¿DESDE QUE EDAD CONSUMIAN ALCOHOL?

Edad	Pacientes	%
12 – 15	6	0.43
16 – 19	3	0.21
20 - 22	2	0.14
23 - 25	3	0.21
TOTAL	14	1.00

Fuente: Valoración de la edad del paciente farmacodependiente.

Elaborado por: Delia Garcés Rosales.



ANÁLISIS. La gráfica refleja que el 43% de los pacientes empezaron a consumir alcohol desde muy temprana edad, es decir desde los 12 años, y un 21% en los años superiores, indicándonos que los jóvenes son más vulnerables al consumo de estas sustancias.

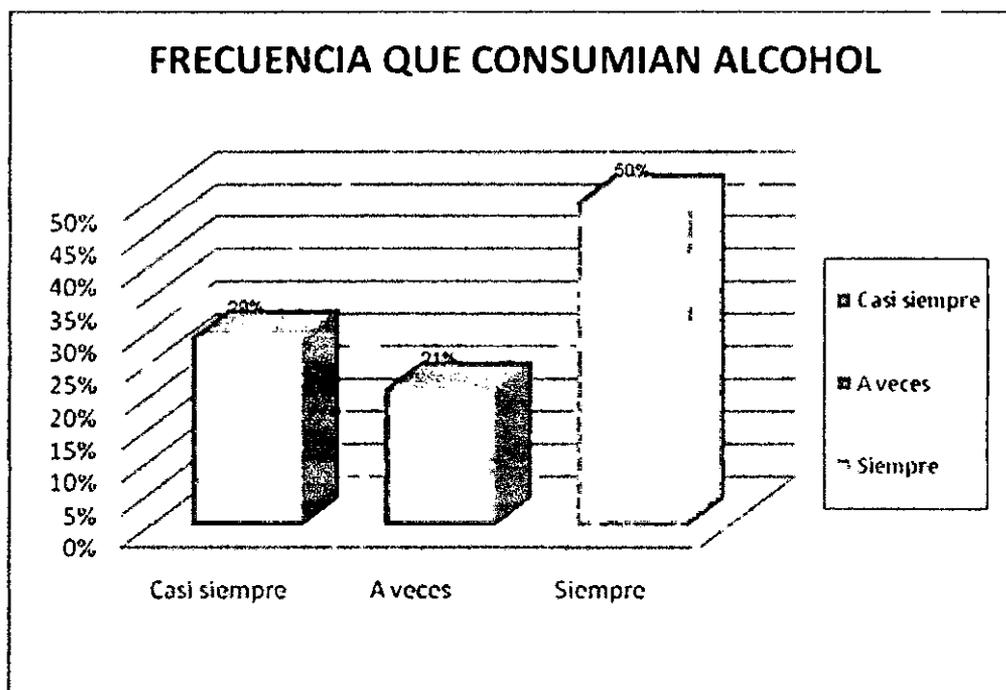
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE "SALA SAN JOSÉ"

3. ¿CADA CUANTO TIEMPO CONSUMIAN ALCOHOL?

Edad	Pacientes	%
Casi siempre	4	0.29
A veces	3	0.21
Siempre	7	0.50
TOTAL	14	1.00

Fuente: Valoración con la frecuencia en que consumían alcohol.

Elaborado por: Delia Garcés Rosales.



ANALISIS. La gráfica refleja que el 50% de los pacientes consumían alcohol todos los días, y un 21% lo hacían a veces, demostrando de esta manera que no han tenido un debido control por parte de sus familiares, seres queridos, menos aún han sido valorados por personal Médico y de Enfermería, con anterioridad.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE "SALA SAN JOSÉ"

4. ¿CÓMO SE SIENTEN CUANDO ESTAN BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL?

Edad	Pacientes	%
Calmado	4	0.29
Extasiado	2	0.14
Alegre o Valiente	8	0.57
TOTAL	14	1.00

Fuente: Valoración del estado de animo cuando consumían alcohol.

Elaborado por: Delia Garcés Rosales.



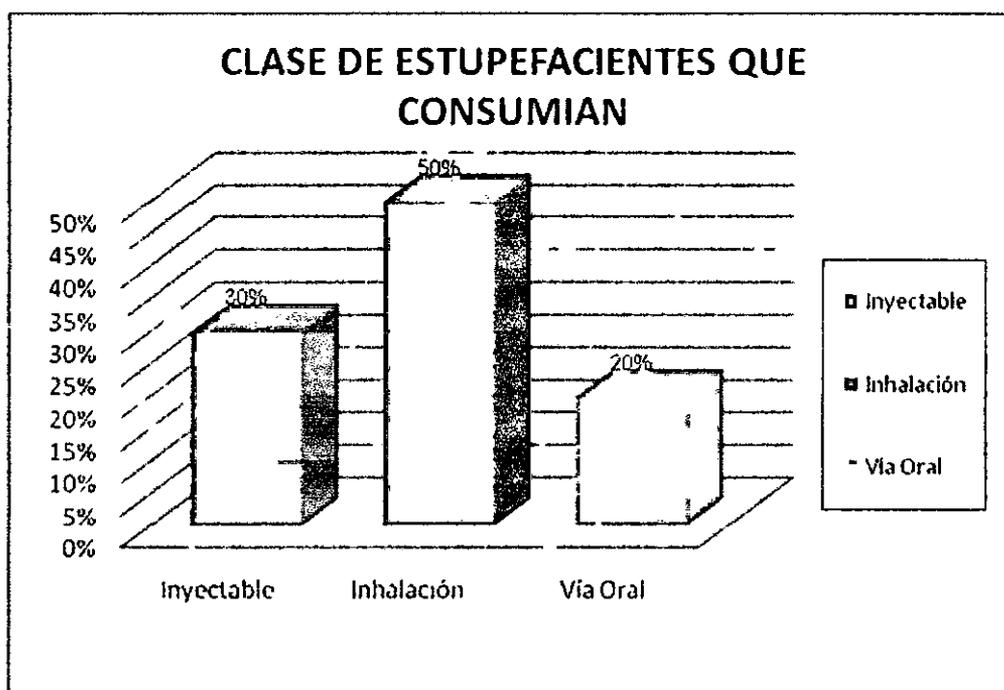
ANALISIS. La gráfica refleja que el 57% de los pacientes se encontraban valientes o alegres, y un 29% calmados. Indicando que para la mayoría de adictos, mientras se encuentran bajo los efectos del alcohol y/o las drogas, este acto es lo más grandioso, motivo por el cual lo repiten con mucha frecuencia.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE "SALA SAN JOSÉ"

5. ¿QUÉ TIPO DE ESTUPEFACIENTES CONSUMIA?

Edad	Pacientes	%
Inyectable	3	0.30
Inhalación	5	0.50
Vía Oral	2	0.20
TOTAL	10	1.00

Fuente: Valoración de acuerdo al tipo de estupefacientes que consumían.
Elaborado por: Delia Garcés Rosales.



ANALISIS. En la gráfica se puede observar que el índice más elevado corresponde a las inhaladoras, y en menor cantidad las inyectables. Demostrándose, de esta manera que el consumo de las drogas orales es un poco más reducido.

TABLA DE OBSERVACIÓN

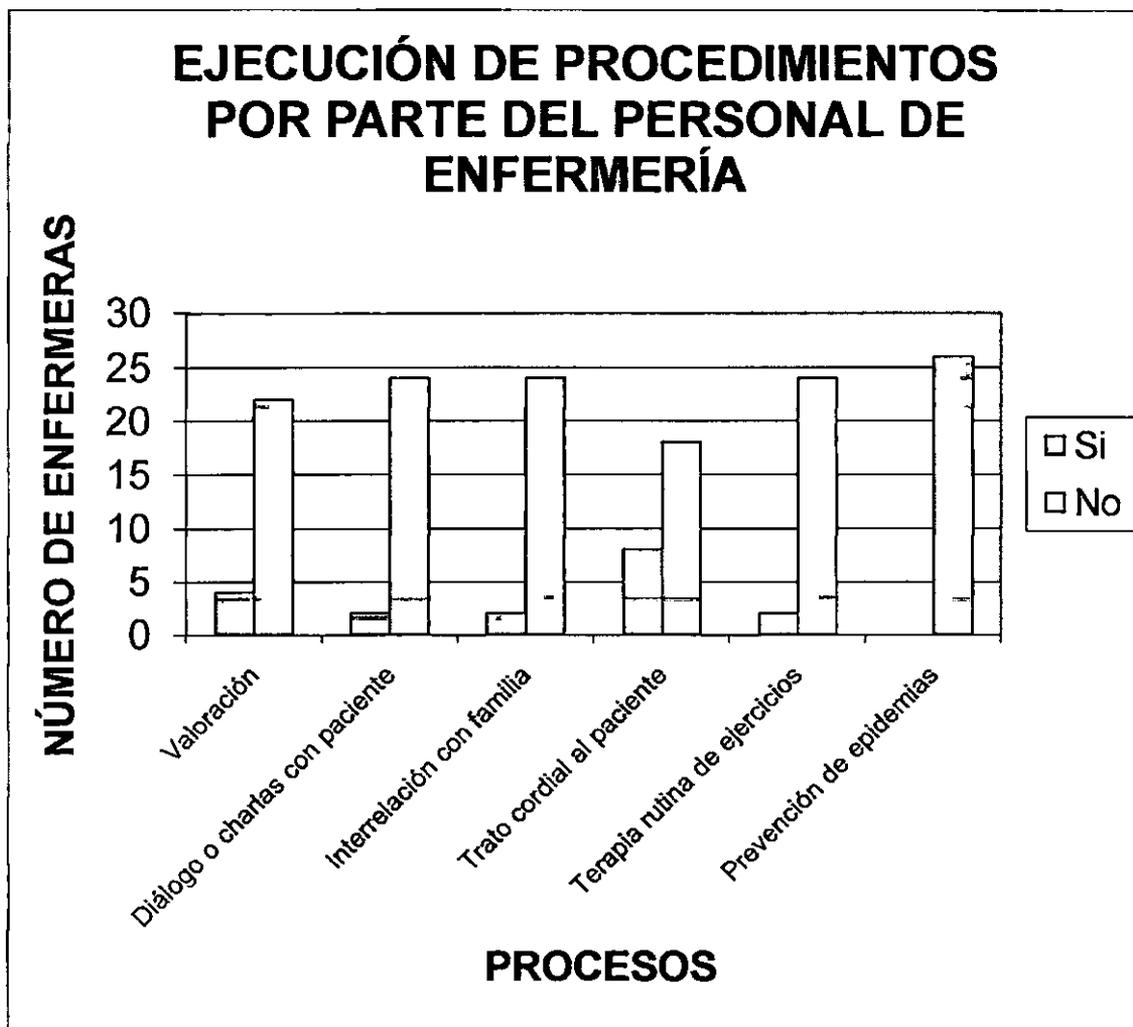
Sala: "San José"

Número de pacientes:

Descripción	Si	No	Observación
Revisión de signos vitales	26	0	
Instalación de vía endovenosa	26	0	
Realizan valoración	4	22	La realiza el Médico no la Enfermera
Diálogo o charlas con el paciente	2	24	
Se interrelacionan con la familia	2	24	
Trato cordial con el paciente	8	18	
Nutrición adecuada (desayuno, almuerzo, merienda)	25	1	
Aseo del paciente (ayuda al paciente a asearse)	25	1	El personal de enfermería observa o colabora directamente con paciente
Realizan rutina de ejercicio (terapia)	2	24	
Prevención de epidemias	0	26	Pacientes toman líquidos del mismo vaso

Elaborado por: Delia Garcés Rosales.

Análisis: Como se puede observar, varios de los postulados que se deben poner en práctica durante las intervenciones de enfermería para pacientes adictos al alcohol y/o a las drogas, no se cumplen, como es el caso de la valoración, el diálogo con el paciente y la interrelación con los familiares del adicto, así como tampoco se ejecuta la terapia de ejercicios con el paciente, ni se dispone de estrategias de prevención de epidemias, porque los pacientes toman agua del mismo vaso, y a veces, comen del mismo plato. Esto indica que el personal de enfermería incumple los procesos que debe realizar durante las intervenciones a los pacientes adictos al alcohol y/o a las drogas, interpretándose que esta problemática se debe a la falta de capacitación en la materia de atención de enfermería a drogodependientes y alcohólicos.



Elaborado por: Delia Garcés Rosales.

Como puede apreciarse en la gráfica, los principales procesos que debe ejecutar el personal de enfermería durante sus intervenciones, y que son incumplidos por dicho personal, se refieren a la valoración y charlas con el paciente, la interrelación con la familia, además que tampoco se observa el que se realice una rutina de ejercicios con el adicto, ni que se prevenga epidemias en la Sala "San José", mediante la aplicación de una práctica eficiente, por tanto, se concluye que el personal de enfermería que labora dicha Sala, debe ser capacitado en la materia de cuidados de enfermería para alcohólicos y drogodependientes, para mejorar la eficiencia del servicio que proporciona el Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" a este tipo de pacientes.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la encuesta y de las observaciones realizadas, indican claramente que el personal de enfermería de la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce", no ha recibido la capacitación suficiente para poder cumplir eficientemente con los procesos que deben realizarse durante las intervenciones de enfermería que se efectúan durante la recepción y atención de los pacientes que padecen de patologías inherente al alcoholismos y/o drogodependencia en el consumo de marihuana.

A pesar, que el centro Hospitalario, está certificado con las normas ISO 9001, no dispone de documentos que contengan los procesos de la doctrina de atención de enfermería para pacientes con adicción a las drogas y al alcohol, sino que cuenta con procedimientos generales, que tampoco son acatados por el personal ni controlados por los superiores, debiéndose difundir a todo el personal, la doctrina de la materia inherente a las intervenciones de enfermería para pacientes que presentan adicciones a los estupefacientes, porque gran parte del personal desconoce dicha materia.

Los usuarios del servicio reforzaron la investigación, a través de algunas preguntas que se le realizaron, expresando su insatisfacción por el cuidado que reciben sus familiares alcohólicos y/o drogodependientes en el consumo de marihuana, por el personal de enfermería, debido a que no reciben la orientación adecuada por parte de dichos profesionales de la salud.

Por estas razones, se hacen necesarias las charlas educativas para el personal de enfermería, a fin de llenar los vacíos de conocimientos que tienen dichos trabajadores, con el objeto de que puedan realizar prácticas de enfermería acordes a los postulados y a la doctrina de la materia, relacionada con la atención de personas adictas al alcohol y a las drogas, más aun cuando se han recibido quejas por parte de familiares de los usuarios del servicio.

Comparación de los Resultados con la Hipótesis

La hipótesis de la investigación dice: "El incumplimiento en los procesos referidos a las intervenciones de enfermería a pacientes con adicción al alcohol y a las drogas, está relacionado con las limitaciones de conocimientos inherentes a la atención de pacientes alcohólicos y drogodependientes en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce ".

Esta hipótesis ha demostrado ser verdadera, ya que al aplicar los instrumentos de la investigación, como son la encuesta y las tablas de observación, se puede sostener el criterio de que el incumplimiento en los procesos referidos a las intervenciones de enfermería a pacientes con adicción al alcohol y a las drogas, efectivamente está relacionado con las limitaciones de conocimientos del personal de enfermería.

De la misma manera, se pueda deducir, con la hipótesis formulada, que las charlas educativas dirigidas al personal de enfermería, podrían mejorar el nivel de cumplimiento en los procesos referidos y la doctrina de la materia, para que el servicio que se brinda al paciente con adicción al alcohol y/o a las drogas sea más eficiente.

Criterio para Elaborar la Propuesta

Como ya se manifestó en el apartado referente la interpretación de los resultados, se ha observado incumplimientos en los procesos referidos a las intervenciones de enfermería, por parte del personal que efectúa labores en esa área, que son causadas por las limitaciones de conocimientos en la especialidad del cuidado de personas adictas al alcohol y a las drogas.

Dichas limitaciones de conocimientos en la materia señalada, obedecen a una falta de capacitación, por lo que se plantea la propuesta de brindar charlas educativas para fortalecer los conocimientos del personal en el ámbito de las adicciones al alcohol y a las drogas en el consumo de marihuana, donde se tiene que poner énfasis en los principios bioéticos y psicosociales, habida cuenta del delicado estado de salud mental de las personas que padecen este tipo de enfermedades.

Cabe señalar, que es necesario que las charlas educativas se enlacen con la doctrina teórica, considerando a la psicología, a la bioética y a las intervenciones de enfermería como materias principales, es decir, para que se realicen las acciones correctivas necesarias al proceso actual que se lleva a cabo en la Sala General de Varones "San José", para el bienestar, no sólo del personal de enfermería, sino también de la satisfacción de los usuarios que reciben el servicio y de sus familiares.

*LA
PROPUESTA*

PROPUESTA EDUCATIVA

“CHARLAS EDUCATIVAS PARA MEJORAR LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE ADICTOS AL ALCOHOL Y A LAS DROGAS”

Introducción

El Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce” atiende una demanda creciente de personas con adicción al alcohol y a las drogas, con frecuencia varios de estos pacientes son reincidentes, lo que dificulta la tarea del personal de enfermería que labora en la Sala General de Varones “San José”, puesto que se unen los reincidentes con los nuevos, por lo que los trabajadores de esta área, deben mejorar su eficiencia, para lo cual necesitan de conocimientos específicos de la materia y procedimientos claros y bien comprendidos, sólo de esta manera se podrá dar un servicio de calidad a los usuarios del servicio y brindar mayor satisfacción a los familiares de dichos individuos, que optan por internar a sus seres queridos con el fin de que mejoren en su salud física y mental.

Justificación

Como se puede apreciar, el resultado de las encuestas, indica de manera precisa, que el personal carece de conocimientos específicos en la materia de atención de enfermería para pacientes que padecen de alcoholismo y drogodependencia en el consumo de marihuana, enfermedades que fueron establecidas como tal, hace muy poco tiempo, además que se necesita mayor difusión de la doctrina concernientes al tema.

La propuesta de las charlas educativas, mejorará ostensiblemente la eficiencia del personal de enfermería y permitirá el cumplimiento de dichos procesos y la satisfacción del usuario del servicio.

Objetivos

Objetivo general.

Fortalecer los conocimientos del personal de enfermería en la materia específica concerniente a la atención para pacientes con adicciones al alcohol y a las drogas, para que puedan cumplir a cabalidad con los procesos y la doctrina inherente a la correcta atención al alcohólico y/o drogodependiente y reducir las tensiones de sus familiares.

Objetivos específicos:

- Elaborar el programa para las charlas educativas, indicándose los parámetros: lugar, fecha, horarios, personal involucrado, etc.
- Ejecutar las charlas educativas de acuerdo a lo planeado.
- Dotar a la Sala General de Varones "San José" de los recursos necesarios, para que puedan mejorarse el nivel de cumplimiento de los procesos referidos a las intervenciones de enfermería en pacientes con adicciones.
- Orientar a los familiares de los pacientes con adicciones al alcohol y a las drogas para que en conjunto poderle brindar la mejor atención al paciente alcohólico y/o drogodependiente.

Importancia

La importancia de las charlas educativas para el personal de enfermería, que se plantea como propuesta técnica, radica en que será beneficioso no solo para que ellos mejoren su rendimiento durante las intervenciones que realizan pacientes alcohólicos y/o drogodependientes, sino también para la institución, que proporcionará un servicio de mayor calidad y más seguro, convirtiéndose en un aporte para la comunidad que acude a solicitar los servicios en el Hospital "Lorenzo Ponce".

Metodología

Se utilizará una metodología de tipo indirecta para llevar a cabo las charlas educativas, apoyándose con trípticos, diapositivas y folletos. Como parte de esta propuesta, se realizarán las siguientes actividades:

- Charlas y Talleres.
- Demostraciones (trípticos y folletos).
- Dinámica Grupal.

Población Objetivo

Las charlas educativas serán proporcionadas a 26 personas, las cuales son las siguientes:

- 12 Licenciadas de Enfermería.
- 14 Auxiliares de Enfermería.

Las charlas educativas beneficiarán directamente a 26 personas, entre Licenciadas y Auxiliares de Enfermería que mejorarán el nivel de cumplimiento de los procesos referidos a las intervenciones directas que ejecutan con pacientes alcohólicos y/o drogodependientes, en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce".

Ubicación Sectorial y Física

Las charlas educativas para los pacientes con adicción al alcohol y a las drogas, se llevará a cabo en el Auditorium Planta Baja del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce".

Periodo de Duración

Desde el 2 de Mayo al 6 de Junio del 2009, los días 2, 9, 16, 23, 30 de Mayo y 6 de Junio desde las 08h00 hasta las 10h30, con una duración de 16^x horas.

Factibilidad

Recursos:

1. **Humanos:** Se ha obtenido el apoyo de los siguientes recursos humanos:

- Directivos del Hospital, quienes autorizaron para que pudieran realizar las charlas educativas.
- Personal de Enfermería, que fue encuestado.
- Los familiares de las personas con adicciones al alcohol y a las drogas.

2. **Materiales:** La institución aportó con algunos recursos materiales, como:

- Pizarra.
- Tiza líquida.
- Borrador.
- Proyector de diapositivas.
- El auditorium para realizar las charlas educativas.
- Material didáctico (pluma, lápices, carpetas, hojas papel bond, trípticos, etc.)
- Agua y utensilios varios, entre los aspectos de mayor relevancia.

3. **Económico:** Ha existido la factibilidad económica para realizar las charlas educativas, habida cuenta, que los costos para su ejecución son accesibles, por tanto ha sido factible su ejecución.

Descripción de la Propuesta

La presente propuesta se denomina: **“Charlas educativas para mejorar las intervenciones de enfermería en la atención de adictos al alcohol y a las drogas”**, con la cual se pretende mejorar el nivel de cumplimiento de los procesos referidos a las intervenciones de enfermería en la materia, en la Sala “San José”, para beneficio de la institución y de la comunidad en general.

Esta propuesta, consta de los siguientes pasos:

- Solicitud de la propuesta al Director.
- Realización la encuesta.
- Se presentó los resultados de la encuesta al encargado del Auditorium.
- Se socializó la propuesta con el personal de enfermería de la Sala “San José”.
- Se planteó el desarrollo de las charlas educativas.
- Se dialogó con la especialista en el tema para que colabore con las charlas educativas.
- Establecimiento de la temática.
- Adecuación del auditorium para la puesta en marcha de las charlas educativas.
- Selección del material de apoyo.
- Preparación del material de apoyo.
- Reunión de Directivos con el personal de enfermería.
- Educación en la temática de intervenciones de enfermería para personas con adicciones al alcohol y a las drogas, en especial, en lo referente al consumo de marihuana.
- Evaluación de las charlas educativas.
- Presentación de informe al Director del Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”.

Evaluación de la Propuesta

Evaluación del Proceso:

- Se cumplen todos los objetivos propuestos.
- Se cumplen todas las actividades programadas.

Evaluación de los Resultados:

- 12 Licenciadas y 14 Auxiliares de Enfermería, capacitadas en la eficiente intervención a pacientes alcohólicos y/o drogodependientes.
- 26 folletos entregados al personal de enfermería.
- 92 trípticos entregados a familiares de los pacientes alcohólicos y/o drogodependientes en el consumo de marihuana.

Beneficiarios

Mediante la propuesta de las **"Charlas educativas para mejorar las intervenciones de enfermería en la atención de adictos al alcohol y a las drogas"**, se beneficiará a:

- **Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce"**: Porque mejorará su imagen y la confianza que depositan en esta institución los usuarios del servicio.
- **Personal de Enfermería**: Que incrementará sus conocimientos en lo concerniente a la atención de adictos al alcohol y a las drogas en el consumo de marihuana, aportando con dichos conocimientos para mejorar el nivel de cumplimiento de dichos procesos y maximizando la satisfacción del usuario del servicio.
- **Pacientes adictos alcohólicos y/o drogodependientes**: Porque recibirán atención personalizada y de calidad en beneficio de su salud física y mental.

- **Familiares de pacientes alcohólicos y/o drogodependientes:** Que reducirán las tensiones propias de una persona que sufre por ver a su ser querido sumido en el abismo del alcohol y/o las drogas (en el consumo de marihuana), puesto que se elevará su nivel de confianza en lo efectivo del tratamiento y cuidados que recibe dicho familiar.
- **Comunidad en general:** Porque tendrá la confianza necesaria, al conocer que existe un centro hospitalario con recurso humano altamente calificado para brindar atención oportuna y eficiente a las personas que padecen adicción al alcohol y a las drogas.

Impacto Social

El presente proyecto trascenderá en la comunidad, porque el personal de enfermería tendrá el conocimiento suficiente para poder atender con intervenciones oportunas y eficientes a los alcohólicos y/o drogodependientes.

Visión

Que los conocimientos aprendidos durante las charlas educativas perduren y se difundan entre el personal de enfermería.

Misión

Mejorar el nivel de conocimiento del personal de enfermería, en la atención de pacientes que padecen adicción al alcohol y/o a las drogas, para el bienestar físico y mental de los usuarios del servicio y de sus familiares.

Política

Las charlas educativas quedarán establecidas en la institución para ejecutarlas y serán difundidas a todo el personal de Enfermería del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce".

CONCLUSIONES

- 1) La encuesta realizada al personal de enfermería determinó que existen limitaciones en el conocimiento de dicho recurso humano, en lo referente a la atención especializada de personas adictas al alcohol y al consumo de drogas como la marihuana, además que se pudo comprobar que esto trae como consecuencia la insatisfacción de estos pacientes y de sus familiares, motivo por el cual presentan frecuentes incumplimientos en los procesos referidos a las intervenciones de enfermería en esta materia.
- 2) Se ha comprobado que la hipótesis que relacionaba las variables del incumplimiento en los procesos referidos a las intervenciones de enfermería y las limitaciones de conocimientos para proporcionar la atención apropiada a los pacientes adictos al alcohol y/o a las drogas.
- 3) Con base en esta investigación directa, se ha determinado que el personal de enfermería necesitan instruirse en la atención especializada para personas alcohólicas y/o drogodependientes en el consumo de marihuana, para mejorar el nivel de cumplimiento de los procesos y maximizar el nivel de satisfacción de los pacientes y de sus familiares.
- 4) La solución propuesta, se refiere a la planeación y ejecución de charlas educativas dirigidas al personal de enfermería de la Sala "San José", para cumplir con los postulados concernientes a la atención de enfermería al adicto al alcohol y a las drogas, proporcionando un servicio eficiente y orientando apropiadamente a los familiares de dichos pacientes, en beneficio de la mejora de su estado físico y mental.
- 5) Con la propuesta en marcha, se podrá mejorar el nivel de cumplimiento de dichos procesos, incrementar la eficiencia en la atención de pacientes que padecen adicción al alcohol y a las drogas y maximizar el nivel de satisfacción del usuario del servicio y de sus familiares.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Institución:

- 1) Que apoye al personal de enfermería en su propósito de incrementar sus conocimientos para poder servir eficientemente al usuario del servicio.
- 2) Que facilite los recursos necesarios para que las charlas educativas puedan realizarse constantemente.
- 3) Que se realice modificaciones a los procedimientos y protocolos generales y se elabore documentación específica referida a la atención a pacientes alcohólicos y/o drogodependientes, para mejorar las intervenciones de enfermería y por ende, la calidad del servicio.

Se recomienda al personal de Enfermería:

- 4) Que mejore su nivel de conocimientos, mediante la autoeducación, porque el profesional de calidad nunca permanece estático ante la evolución de las técnicas, en este caso, concernientes a la atención de pacientes alcohólicos y/o drogodependientes.
- 5) Que tenga actitud y voluntad para ser eficiente en el trabajo.

Se recomienda a los Familiares de los pacientes alcohólicos y/ drogodependientes:

- 6) Que sigan los consejos que les proporciona el personal de Enfermería, en el aspecto ético de valores, para evitar una recaída del paciente alcohólico y/o drogodependiente.
- 7) Que mejore el cuidado de sus otros seres queridos, en especial, si son niños, para prevenir en ellos el consumo frecuente de alcohol y de drogas, con el objeto de erradicar el problema de raíz.

DEFINICIONES DE TÉRMINOS (VOCABULARIO)

Adicción. – Hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas.

Alcoholismo. – Dependencia del alcohol, enfermedad crónica producida por el consumo prolongado y excesivo de alcohol etílico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y a 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tienen aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino, 30 gramos, y un cuarto de litro de cerveza, 15 gramos).

Cannabis – Hachís. – Género que pertenece a la subfamilia Cannabáceas, dentro de la familia de las Moráceas, que contiene una especie anual herbácea de tallos altos, ásperos y vellosos; se extraen fibras del tallo, aceite de las semillas y drogas, como *bhang*, hachís y marihuana, de las hojas y flores. El hachís es la resina prensada que segregan las flores de la planta del cáñamo, planta nativa de Asia central y cultivada también en Europa meridional, África y América del Norte. Su cultivo es ilegal en la mayoría de los países y, el consumo y posesión de hachís se persigue de distinta forma en cada uno de ellos.

Droga. – Sustancia química natural o sintética con efectos sobre el sistema nervioso central, que se consume para obtener una alteración del estado de ánimo que resulta placentera y que puede producir fenómenos de tolerancia y adicción.

Drogodependencia. – Uso habitual de estupefacientes al que el drogadicto no se puede sustraer.

Procesos. – Conjunto de fases sucesivas para llevar a cabo una operación o actividad.

Marihuana. – Marihuana, nombre que reciben las hojas y las flores secas de la planta del cáñamo, *Cannabis sativa*. El ingrediente psicoactivo de la marihuana, el tetrahidrocannabinol (THC), se concentra en el centro de las flores. El THC es depresor y perturbador del sistema nervioso central. Por lo general, la marihuana se fuma. A veces, se ingiere en forma de productos de repostería; sin embargo, en el consumo oral es difícil controlar la dosis y, por lo tanto, sus efectos.

THC. – Siglas de tetrahidrocannabinol, un depresor y perturbador del sistema nervioso central.

Política. – Es una guía o una directriz que orienta la actuación de las personas o entidad en un asunto o campo determinado.

BIBLIOGRAFÍA

- AMINOFF, M. BERG Green, D., SIMON, R. (1989). Neurología Clínica, El Manual Moderno. Cuarta Edición. Editorial Santa Fe, Bogotá – Colombia.
- ANDRADE Pablo, BONILLA Paúl, Sociedad Juventud y Droga (1990). El Consumo de Drogas. Año 1, Nº 3. Guayaquil – Ecuador.
- CICAD, OEA, EEUG (2003). Enfermería en la Prevención Comprensiva del Uso de Drogas. Informe Técnico Final Fase. Editado por la Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Junio 2003.
- CONSEP, Universidad Central del Ecuador, Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito (2008). Formación de Formadores, Módulo I: Fundamentos de la Enseñanza y el Aprendizaje, El Formador y sus Competencias en los Procesos Formativos. Segunda Edición. Imprenta Visión. Quito – Ecuador.
- DEL VALLE, Juan (1998). Psiquiatría Clínica. Tercera Edición. Editorial Antillana. Valladolid – España.
- Escuela De Enfermería De La Universidad De Guayaquil EEUG (2004). Enfermería de Prevención Comprensiva del Uso indebido de Drogas. Editado por la Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Junio 2003.

- REBRACA SHIVES, Louise (2000). Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Primera Edición. Editorial Grijalbo. Barcelona – España.
- MILLER, John (2000). Estadísticas para Profesionales. Editorial Mc Graw Hill. Primera Edición. México D. F.
- POOLE, Bernard (2002). Metodología de la Investigación. Tercera Edición. Editorial Alfaomega. Barcelona – España.
- SELMES, Jacques & SELMES Michelin Antoine (1999). Cuadernos y Apuntes de Enfermería. Segunda Edición. Editorial Selmes. Francia.
- LUCHEVSKI, I. F. (2000). Enciclopedia de Psicología. Segunda Edición. Editorial Grijalbo. Barcelona – España.
- Sociedad De Alcohólicos Anónimos (2004). Revista Ecuatoriana de Alcohólicos Anónimos: Sobriedad. Vol. 6 / N° 3. Editada por Sociedad de Alcohólicos Anónimos. Guayaquil – Ecuador, Junio 2004.

ANEXOS

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

La recolección de datos de esta investigación se ha realizado al personal de Enfermería que labora en la Sala San José del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" durante el periodo de abril del 2009.

Objetivo: Obtener información de manera confidencial sobre las intervenciones de Enfermería a pacientes adultos con problemas de alcoholismo y drogodependencia en el consumo de marihuana, durante su estadía en el centro hospitalario.

1. ¿Es necesario para la institución y el personal de Enfermería, conocer los procesos referidos a las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

Si No No Sabe

2. ¿Conoce el personal de la institución los procesos referidos a las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

Si No No Sabe

3. En su criterio ¿Las intervenciones de enfermería se ajustan a los procesos referidos a las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

SI NO No Sabe

4. En su criterio ¿En qué aspecto debería trabajarse en los procedimientos de intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

Modificación Difusión Otros Ninguno

5. ¿Cuenta el personal de Enfermería con los materiales adecuados para la atención de pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

SI

NO

No Sabe

6. ¿Proporciona usted orientación a los familiares de los pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

SI

NO

7. ¿Le explican a usted los procesos de Enfermería para la atención de pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

SI

NO

8. ¿Ha recibido capacitación acerca de las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

SI

NO

No recuerda

9. ¿Con qué frecuencia ha recibido capacitación en lo referente a las intervenciones de Enfermería para pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

Trimestral

Semestral

Anual

Nunca

10. ¿Qué sugerencia daría a los directivos del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" para mejorar la atención de los pacientes con alcoholismo y drogodependencia?

GRACIAS POR SU COLABORACION.

MARCO ADMINISTRATIVO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

En esta unidad se desarrollará un cronograma de actividades en el cual se aplicará la técnica del Diagrama de Gantt para todos los procesos investigativos realizados hasta la fecha de culminación de la investigación, que se presenta en el siguiente cuadro:

No	Nombre de la tarea	Tiempo	Duración																							
			Oct	Noviembre				Diciembre					Enero			Febrero		Marzo – Abril					Mayo			
			27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	19	26	10	17	3	17	24	1	22	8	15	29	
1	Denuncia del tema	2 horas	X																							
2	Diseño del anteproyecto	2 horas	X	X																						
3	Revisión del anteproyecto	2 horas			X																					
4	Aprobación del anteproyecto	2 horas				X																				
5	Ejecución de tesis	2 horas					X																			
6	Planteamiento del Problema y Marco teórico y legal	2 horas					X	X																		
7	Revisión primer borrador	2 horas							X	X	X															
8	Metodología y Propuesta	2 horas										X	X	X	X	X	X									
9	Realización de charlas	2 horas															X	X	X	X						
10	Revisión borrador final	2 horas																		X	X					
11	Aprobación del Proyecto	2 horas																					X			
12	Sustentación	2 horas																							X	

PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	SUBTOTAL
COSTO POR MATERIALES			
HOJAS A 4 75 GRS	2	4,00	8,00
COMPUTADOR	1	600,00	600,00
LÁPICES Y BOLÍGRAFOS	16	0,50	8,00
CUADERNO APUNTES	5	1,20	6,00
CD	10	0,50	5,00
CARPETAS.	25	0,25	6,25
GASTOS OPERATIVOS			
SERVICIO INTERNET	50	1	50,00
COPIAS	300	0,03	9,00
DIGITACIÓN	150	0,90	135,00
IMPRESIÓN	200	0,15	30,00
GASTOS VARIOS			
TRANSPORTE	1	100,00	100,00
COMUNICACIÓN	1	80,00	80,00
REFRIGERIO	1	150,00	150,00
IMPREVISTOS	1	100,00	100,00
TOTAL			1.287,25

PROGRAMA EDUCATIVO PARA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES ALCOHÓLICOS Y DROGODEPENDIENTES

PLAN DE CHARLA No. 1

Tema: Generalidades Del Alcoholismo Y La Drogodependencia.

Objetivo: Determinar las patologías del alcoholismo y la drogodependencia.

Participantes: 12 Licenciadas y 14 Auxiliares de Enfermería.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
02/05/2009	08h00 – 09h30	1 hora y media	<ul style="list-style-type: none">• Concepto.• Principales drogas consumidas.• Factores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación con pacientes y cuidadores.

PLAN DE CHARLA No. 2

Tema: Bases Teóricas Del Desarrollo Humano.

Objetivo: Dar a conocer al personal de enfermería la importancia de la conducta humana en el tratamiento cuidado del paciente alcohólico y/o drogodependiente.

Participantes: 12 Licenciadas y 14 Auxiliares de Enfermería.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
09/05/2009	08h00 – 09h30	1 hora y media	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cuáles son las bases teóricas del desarrollo humano?• ¿Qué tanto se hereda?• ¿Qué tanto influye el ambiente?• ¿Qué periodo de la vida se relaciona con el consumo de drogas?	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación con pacientes y cuidadores.

PLAN DE CHARLA No. 3

Tema: Bioética Y Vida Humana.

Objetivo: Capacitar al personal de enfermería en los principios de Bioética para la atención de pacientes alcohólicos y/o drogodependientes.

Participantes: 12 Licenciadas y 14 Auxiliares de Enfermería.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
16/05/2009	08h00 – 09h30	1 hora y media	<ul style="list-style-type: none">• Consideraciones generales sobre la Bioética.• Aspectos fundamentales de la Bioética.• Objeto de la Bioética	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación con pacientes y cuidadores.

PLAN DE CHARLA No. 4

Tema: Patrones Funcionales De Salud Y Diagnósticos De Enfermería.

Objetivo: Dar las pautas necesarias para mejorar la eficiencia de las intervenciones de enfermería en la atención de pacientes con adicción al alcohol y a las drogas como la marihuana.

Participantes: 12 Licenciadas y 14 Auxiliares de Enfermería.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
23/05/2009	08h00 – 09h30	1 hora y media	<ul style="list-style-type: none">• Una base teórica para la Atención de Enfermería.• Patrones en la Atención de Enfermería.• Prevención Comprensiva.• Niveles de Prevención.• Sujetos de Acción.• Modelos de Explicación, Prevención y Comunicación.• Valoración.• Manejo de la salud.• Intervenciones.	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.• Taller práctico.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación con pacientes y cuidadores.

**SE CHARLAS
EDUCATIVAS
PARA MEJORAR
LAS
INTERVENCIONES**

INTERVENCIONES
EDUCATIVAS
PARA MEJORAR
LAS
INTERVENCIONES

El Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" atiende una demanda creciente de personas con adicción al alcohol y a las drogas, con frecuencia varios de estos pacientes son reincidentes, lo que dificulta la tarea del personal de enfermería que labora en la Sala General de Varones "San José", puesto que se unen los reincidentes con los nuevos, por lo que los trabajadores de esta área, deben mejorar su eficiencia, para lo cual necesitan de conocimientos específicos de la materia y procedimientos claros y bien comprendidos, sólo de esta manera se podrá dar un servicio de calidad a los usuarios del servicio y brindar mayor satisfacción a los familiares de dichos individuos, que optan por internar a sus seres queridos con el fin de que mejoren en su salud física y mental.

La propuesta de las charlas educativas, mejorará ostensiblemente la eficiencia del personal de enfermería y permitirá el cumplimiento de los procesos referidos a la materia y la satisfacción del usuario del servicio.



Fortalecer los conocimientos del personal de enfermería en la materia específica concerniente a la atención para pacientes con adicciones al alcohol y a las drogas, para que puedan cumplir a cabalidad con los procesos y la doctrina inherente a la correcta atención al alcohólico y/o drogodependiente y reducir las tensiones de sus familiares.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES DEL ALCOHOLISMO Y LA DROGODEPENDENCIA

Una droga es una sustancia que introducida en el organismo puede cambiar su funcionamiento. Según datos de organismos nacionales e internacionales, las personas abusadoras o adictas a sustancias pueden tardar en promedio seis años en recurrir a un centro especializado para buscar orientación. Es por ello, que es de suma importancia promover la consulta temprana de la comunidad facilitando la accesibilidad, a los servicios.

Principales drogas consumidas:

- **Alcohol:** Interviene en los segundos mensajeros neuronales, ARN, canales del calcio, receptores glutamato, entre otros. El daño y efecto sobre el organismo es definitivo. Es la droga de más fácil acceso y de bajo costo, por ello es la droga mas consumida. Es consumida entre el 70% y 80% de la población joven: 15% de la población injiera alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos.
- **Tabaco:** oxida radicales libres del ADN con un efecto definitivo, usan cigarrillo aproximadamente el 80% de los jóvenes, con predominio de hombres, existiendo un alarmante aumento en mujeres adolescentes
- **Marihuana:** se una a receptores en membrana del SNC y genera placer, se efecto es transitorio. Alrededor del 50% de los adolescentes la ha fumado alguna vez

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo de drogadicción son todas las circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de una persona caiga en el consumo de las drogas, el cual es influenciado por la situación social. El ingerir

bebidas alcohólicas, fumar cigarrillos o marihuana, inhalar cocaína... se produce mediante un aprendizaje con otras personas, habitualmente de significación como es la familia, los amigos, los padres y dentro del contexto predominante en la sociedad. Generalmente, estos consumos se dan en grupo.

Un factor que aumenta estos consumos es la disponibilidad de la droga, que facilita el acceso de las personas a estas sustancias.

1. F. Familiares:

- Padres o familias consumidoras.
- Actitud permisiva y aceptación hacia las drogas.
- Falta de comunicación y confianza.
- Escasa afectividad.
- Falta de información sobre el tema.

2. F. Sociales:

- Amigos que consumen.
- Rechazo del grupo.
- Fracaso escolar o laboral.
- Fácil acceso a la droga.
- Aceptación del consumo por parte de la sociedad.
- Publicidad.
- Situaciones críticas vitales.
- Necesidades afectivas o de relación.
- Déficit psicológicos.
- Patologías mentales.

3. Características de la personalidad del toxicómano tipo:

- Inmadurez.
- Demanda de gratificación inmediata.
- Falta de control de impulsos.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Sociabilización pobre.
- Incapacidad para sacar beneficios de la experiencia.
- Dificultad para mantener relaciones cálidas.
- Egocentrismo.
- Sentimientos de inseguridad.
- Irritabilidad.
- Falta de recursos para afrontar el estrés.
- Trastornos afectivos y psicopatología de base.
- Valores y actitudes existenciales egocéntricas y desesperanzadas.
- Expectativas sobre los efectos farmacológicos, interpersonales y sociales de la droga.

4. Tipo de Consumo.

Hay diferentes tipos de consumidores, como:

- **Experimentales:** la persona prueba una vez por curiosidad.
- **Ocasionales:** la persona consume una o varias drogas de vez en cuando, sin continuidad, la consume cuando se le presenta la ocasión. No hay búsqueda activa de la sustancia
- **Habitual:** la persona la consume regularmente, se la ha transformado en un hábito y se preocupa de obtenerla. Son personas que generalmente pueden continuar con sus actividades (estudiar, trabajar, etc.)

- **Dependiente:** la persona tiene la necesidad de consumir de forma continuada o periódica la sustancia para evitar los efectos psíquicos o físicos producidos por el síndrome de abstinencia. La obtención y el consumo de la sustancia pasa a la vez a ser la motivación central de su vida.

5. Señales de alerta de consumo:

- Cambios de conducta habitual.
- Manifestaciones de nuevos problemas.
- Aparición de elementos usados para el consumo.
- Cambios en la apariencia física.
- Deterioro en la regulación de actividades regulares.
- Alteración brusca del estado de ánimo.

6. Manifestaciones de los cambios a nivel social y familiar:

- conflictos escolares y/o laborales-
- Actos delictivos, para conseguir dinero para la droga.
- Crisis y rupturas familiares.
- Problemas con los amigos.
- Conflictos de pareja.

7. Manifestaciones de los cambios a nivel individual:

- Desordenes emocionales.
- Trastornos de la conducta.
- Alteración del sueño.
- Bajo rendimiento.
- Desmotivación.
- Alteración de la percepción y sensación.
- Deterioro de la memoria y atención.

8. Diagnóstico de dependencia:

Dependencia: Incapacidad de abstinencia, esta puede ser física y psicológica.

Este diagnóstico se considera apto cuando se cumplen 3 de los 6 requisitos en un año:

1. Deseo intenso, compulsivo.
2. Menor capacidad de controlar el comienzo o la cantidad.
3. Síndrome de abstinencia.
4. Tolerancia.
5. Abandono de otras diversiones, más tiempo para obtener, ingerir y recuperarse.
6. Seguir consumiendo a pesar de las manifestaciones.

9. Prevención de las drogodependencias.

De acuerdo con el modelo clásico tomado de las enfermedades infecciosas, se considera "prevención primaria" el conjunto de medidas destinadas a evitar que las personas entren en contacto con las drogas. Si tomamos como indicador las prevalencias de consumo de drogas (tanto en población escolar como en población general), la eficacia y eficiencia de las estrategias de prevención primaria utilizadas hasta el momento en grandes poblaciones parece escasa. Sería deseable una reflexión en profundidad sobre los objetivos y estrategias de prevención, y un enfoque más centrado en criterios de tipo sanitario y no de índole moral. Los ámbitos más idóneos para las intervenciones de prevención primaria son la familia y la escuela, aunque el pediatra de AP puede realizar una labor importante de apoyo.

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS DEL DESARROLLO HUMANO

¿Cuáles son las bases teóricas del desarrollo humano?

Las teorías son importantes por que explican, interpretan y predicen el comportamiento futuro, además sirven de base para las investigaciones.

En la actualidad el desarrollo humano se estudia sobre las base de una de estas cuatro perspectivas teóricas:

1. Psicoanalítica que engloba:

- **La teoría psicosexual de Freud.** – El comportamiento es controlado por poderosos impulsos inconscientes.
- **Teoría psicosocial de Erickson.** – La personalidad está influida por la sociedad y se desarrolla a través de una serie de crisis.
- **Teoría de auto relación interna de Jean Baker Miller.** – La personalidad se desarrolla en el contexto de relaciones emocionales, no separadas de ellas.

2. Aprendizaje, en el desarrollo humano como una respuesta a los eventos y considera que los cambios son cuantitativos y centra su atención en los comportamientos observables.

- **Conductivismo o teoría tradicional del aprendizaje (Pavlov, Skinner, Watson).** – Las personas responden a los estímulos, el ambiente controla el comportamiento.
- **Teoría del aprendizaje social.** – Los adolescentes aprenden en el contexto social, por observación e imitación de los modelos. La persona contribuye de manera activa al aprendizaje.

3. **Cognoscitiva**, cree que las personas contribuyen activamente a su propio desarrollo y ve a este como una serie de eventos que ocurren en varias etapas que difieren en cuanto a calidad.
 - **Teoría de las etapas cognoscitivas de Piaget.** – Existen cambios cualitativos en el modo de pensar de los jóvenes, que se desarrollan en una serie de cuatro etapas entre la adolescencia la madurez. La persona contribuye de manera activa al desarrollo.
 - **Teoría del procesamiento de la información.** – Los seres humanos son procesadores de información.

4. **Humanística, representada por Abraham Maslow.** – Ve a las personas como si tuvieran la habilidad de fomentar su propio desarrollo a través de la selección, creatividad y autorrealización.
 - **Teoría de la autorrealización de Maslow.** – Las personas tienen la capacidad de dirigir sus vidas y fomentar su propio desarrollo.

¿Qué tanto se hereda? ¿Que tanto influye el ambiente?

Los factores ambientales son tan importantes como los factores genéticos. El organismo es el resultado de la herencia interactuando con el ambiente y el tiempo. La posibilidad de heredar un rasgo, en general lo excede el 50% ya existe mucho espacio para que actúen las influencias ambientales.

Algunas características en las que influyen la herencia y el ambiente son:

- Rasgos físicos y psicológicos.
- Inteligencia.
- Personalidad.
- Enfermedades: alcoholismo, esquizofrenia, autismo, depresión.

Cada etapa de la vida responde a una determinada filosofía cada etapa de la vida tiene sus determinados estímulos, pero también sus determinados problemas. Esta perspectiva le permite a la enfermera proporcionar asistencia al individuo tomando en consideración sus necesidades y su nivel de desarrollo y tomando también sus consideraron en los grupos de riesgo de la población.

¿Qué periodo de la vida se relaciona con el consumo de drogas?

Desarrollo Prenatal. – Ambiente prenatal.

Desde el momento de la concepción cada persona se ve afectada por diversas influencias (hereditarias y ambientales) que se entrelazan. Algunas de las fuertes aparecen en el periodo prenatal, mucho antes de que el infante deje el vientre de la madre.

El organismo en el desarrollo se ve afectado en gran parte por el ambiente prenatal. Entre los principales peligros se hallan los factores maternos:

- **Nutrición prenatal inadecuada.**
- **Ingestión de drogas por parte de de la madre:** medicamento alcohol, marihuana, nicotina, opiáceos, cocaína y cafeína.
- **Enfermedad:** SIDA, incompatibilidad de tipos de sangre, edema de la madre.
- **Peligros ambientales:** sustancias químicas, radiación, calor, humedad externa y otros factores de la vida moderna.
- **Actividad física:** exceso de ejercicios y trabajo.
- **Factores paternos:** la exposición al plomo, la marihuana. El tabaco, el alcohol, las radiaciones, los pesticidas originan anomalías en el esperma.

Adolescencia. – Es un periodo de transición entre el desarrollo de la niñez y edad adulta.

- Cambios físicos: características sexuales primarias y secundarias, menarquía.
- Aspectos psicológicos relacionados con los cambios físicos.
- Aspectos de salud en la adolescencia.
- Desórdenes en la nutrición y la comida: obesidad, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- Uso y abuso de las drogas alcohol, marihuana, tabaco, otras.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Depresión y aislamiento social que en muchos de los casos lleva al suicidio que es una causa importante de muerte entre los 15y 24 años.
- Desarrollo intelectual
- La transición de la primaria a la secundaria
- Búsqueda de la identidad
- Aspectos sociales del desarrollo de la personalidad relación con los padres, relación con los hermanos, relación, con los compañeros.
- Embarazo en la adolescencia y embarazo juvenil.

Durante la adolescencia el aspecto de los jóvenes cambia como resultado de las transformaciones hormonales de la pubertad. Su forma de pensar varia a medida que desarrolla la habilidad para manejar abstracciones y sus sentimientos cambia casi con respecto a todo. Todas las áreas del desarrollo convergen cuando los adolescentes enfrentan su principal tarea: establecer una idea como adultos.

Adulto joven. – Entre los cambios experimentados por los adultos jóvenes se incluyen por los procesos naturales de maduración y de socialización:

- Dependencia del control de los padres.

- Desarrollo de fuertes amistades y relaciones íntimas fuera de la familia.
- Establecimiento de una serie personal de valores.
- Desarrollo de un sentido de identidad personal.
- Preparación para la vida laboral.

Problema de salud:

- Lesiones y muertes violentas, accidentes de tránsito, homicidio
- Adición a las drogas y consumo de alcohol, o de fármaco, este problema se ve más en adultos jóvenes con familia y trabajo responsable.
- Enfermedades de transmisión sexual y factores ambientales o profesionales.

Esta conceptualización sobre el desarrollo humano, crea para el campo de enfermería una opción importante para el ejercicio profesional, ya que como profesional de salud conoce la forma cualitativa y cuantitativa de como van cambiando las personas con el correr del tiempo.

Esto contribuye que en su rol protagónico, lidere y ejerza intervención en los campos fisiológicos, cognitivo, psicosocial y de salud de los diferentes grupos de edad de la población, ayude a encontrar soluciones.

CAPÍTULO III

BIOÉTICA Y VIDA HUMANA

Consideraciones generales sobre la Bioética

La bioética fue proyectada como una nueva disciplina para estudiar los conocimientos de los sistemas de los valores humanos. Es un nuevo paradigma intelectual y cultural consistente en la confrontación entre hechos y valores.

Aspectos fundamentales de la Bioética

La bioética constituye un concepto más amplio en cuatro aspectos importantes:

1. Comprende los problemas relacionados con los valores que surgen en todas las profesiones de la salud, incluso en las profesiones afines y vinculadas con la salud mental.
2. Se aplica a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento, independientemente de que influya o no de forma directa en la terapéutica.
3. Abarca una amplia gama de cuestiones sociales, como las que relacionan con la salud pública, salud ocupacional e internacional, la ética del control de la natalidad, el enfoque a problemas de la colectividad como la violencia, irrespeto a la integridad humana, consumo de estancias psicoactivas entre otras cosas.
4. Va más allá de la vida y de la salud humana, en cuanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas, en lo que se concierne experimentos con animales y a demandas ambientales conflictivas.

Como se ve por esta extensa definición – descripción, la bioética llama la atención desde su raíz a una intervención interdisciplinaria. Optamos por su expresión transdisciplinar y no por interdisciplinar o pluridisciplinar, ya que en la bioética no se trata tanto de escuchar otras disciplinas para realizar una *sertè* de síntesis. Se trata de que, como es una disciplina en si misma, su fuerte es lo trascendente de cada una de las otras disciplinas o ciencias.

El campo de la bioética es cada vez más complejo y abarca un numero crecientes de problemas: ingeniería genética, procreación asistida, experimentación medica, transplante de órganos, eutanasia, distribución de recursos, atentado contra la integridad del ser humano.

Los profesionales y técnicos deben asumir con determinación una actitud acorde a la concepción deontológica y transdisciplinar para poder seguir construyendo una humanidad nueva pluralista verdaderamente científica y culta. Hay que tomar en consideración las propuestas de la biotécnica realizar un replanteo de lo establecido en los ámbitos, académicos, políticos y médicos.

Cuando se percibe que el problema de las opciones del hombre en los distintos campos (políticos, económicos, médicos, ambiental, jurídico, comunicacional, etc.), no es una cuestión solamente técnica sino que implica al mismo hombre en su totalidad, se necesita de la filosofía para que instale el problema global del hombre y lo tematice, instaurando el debate ético. Pero al mismo tiempo, la filosofía necesita permanecer abierta a las otras ciencias que conocen la realidad de vida del hombre en sus distintos niveles (biológicos, psicológicos, religioso, histórico, etc.) para encontrar los cambios hacia lo concreto.

Objeto de la Bioética

La persona humana que vive en comunidad y en un ambiente dado constituye el objeto y sujeto de la reflexión ética.

No se puede hablar de persona y sociedad sin hablar de vida, es un valor en sí, básico, fundamental, independiente de toda religión o ideología. No es un valor absoluto; puede quedar subordinado a otros valores que la persona considere como superiores.

Es un concepto que supone una realidad no solo personal, sino también una realidad colectiva o comunitaria y una realidad ecológica ambiental.

Incluye el concepto de calidad. No significa solamente existir sino que posee calidad y dignidad tal para ser llamada humana se debe tomar en cuenta los siguientes elementos.

1. La sobrevivencia de la especie humana.
2. La formación de la familia.
3. El derecho a ser protegido de los demás (no ser agredido) y por la estructura (no ser oprimido por las condiciones sociales, económicas, medicas o políticas).
4. Respeto por la opción personal y autodeterminación.
5. Inviolabilidad del propio cuerpo.

Podemos concluir a la calidad de vida como la satisfacción subjetiva de una persona en su situación física, mental y social.

CAPÍTULO IV

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Una base teórica para la Atención de Enfermería

Todas las profesiones de salud se preocupan del comportamiento humano. Existen diferencias en las formas de conceptualizar y entender los problemas de salud. Así el enfoque predominante de la medicina es el fenómeno biológico, conceptualizado como enfermedad.

Históricamente el enfoque de enfermería han sido las necesidades individuales, familiares o comunitarias a la salud y el bienestar. Estas necesidades han sido aumentadas consideradamente generalizándose en la práctica el interés por el funcionamiento óptimo por el ser humano por lo que hoy el fenómeno específico al que se dirige la enfermería, son los problemas funcionales reales o potenciales.

Los problemas potenciales pueden resultar de prácticas relacionadas con la salud, que pueden contribuir a una enfermedad futura del individuo familia o comunidad, los problemas reales aparecen hoy en asociación con la enfermedad o cambios sociales ocupacionales o de maduración.

Las enfermedades están involucradas en todos los niveles de cuidado de salud. Estos niveles incluyen:

- Atención primaria, promoción y mantenimiento de la salud y cuidados preventivos en clínicas o en la comunidad.
- Cuidados secundarios en problemas que puedan o no requerir hospitalización.
- Cuidados terciarios para los requieren unidades especializadas.

Cada profesión busca un cierto nivel de comprensión del fenómeno con el que se enfrenta; así las enfermedades buscan comprender el comportamiento relacionado con la salud a nivel de interacción organismo humano – entorno.

Los problemas clínicos se contemplan con expresiones holísticas, o de la persona global de esta interacción. El diagnóstico y la intervención se realiza en este modelo holístico.

En los primeros años de la década sesenta Maryorie Gordon, utilizó un proceso inductivo como uno de los métodos para identificar las áreas comunes de valoración de enfermería, como la base de los patrones funcionales de salud.

La tipología de los patrones funcionales de la propuesta, proporciona el plan para recoger y organizar la información. De esta manera se facilita la evaluación de salud y el diagnóstico de enfermería.

La recolección de información de la vida del cliente, familia o comunidad y su experiencia de los sucesos y problemas relacionados con la salud y con su manejo.

La descripción y evaluación de los problemas permite a la enfermera identificar los patrones funcionales (necesidades del cliente) y patrones disfuncionales (diagnostico de enfermería). El conocimiento clínico se puede organizar en base a los patrones funcionales. Tradicionalmente las formas de vida o los patrones funcionales han sido un eje importante de actividades de enfermería de promoción de la salud, asistencia y rehabilitación.

Los órganos y sistemas del organismo humano están a nivel mas bajo de complejidad que los patrones funcionales de salud, ya que los patrones representan el funcionamiento humano integral.

Patrones en la Atención de Enfermería

El patrón es más que las partes que lo forman, de salud es una manifestación de todo. Es incorrecto denominar a unos patrones funcionales de salud fisiológicos y a otros patrones de salud psicosociales.

Cada patrón funcional de salud es una expresión biosicosocial espiritual.

Las enfermeras han asumido siempre la responsabilidad del mantenimiento y la promoción de la salud, la evaluación del riesgo y su reducción, situando ambos aspectos entorno a los patrones funcionales de la salud.

Las enfermeras están involucradas en el desarrollo humano de niños, adultos, familias y comunidades, aspectos fundamentales en la evaluación de los patrones funcionales. El crecimiento humano y el desarrollo están reflejados en cada patrón.

Los once patrones funcionales de salud se juzgan siempre frente a la edad o a normas de desarrollo.

La cultura es una influencia importante a nivel personal y socio-ambiental en el desarrollo de los patrones de salud, de forma mas especifica la cultura basada en da edad, el desarrollo y normas de género.

Los patrones funcionales de salud describen una serie de once áreas relativas a la de la salud.

Tienen un enfoque funcional de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades, y grupos de edad.

Los patrones son configuraciones de comportamientos, contruidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera. Tiene cierta estabilidad a largo tiempo.

Aunque un patrón tenga adecuada información que lo describa ampliamente, entenderlo puede ser difícil, hasta que no puedan ser valorados todos los patrones funcionales, no habrá diagnóstico, debido a la naturaleza interdependiente de los patrones. La valoración de los patrones funcionales de salud de un cliente se obtiene a través de la historia de enfermería y el examen.

La historia de enfermería entrevistando al individuo, y el examen mediante observación y otras técnicas del mismo.

En atención primaria (cuidados ambulatorios) pueden integrarse una valoración de patrones funcionales de salud y una valoración por sistemas biomédicos.

La valoración de los patrones funcionales, se deriva de la definición de los patrones:

1. Patrón percepción-manejo de salud
2. Patrón nutricional-metabólico
3. Patrón eliminación
4. Patrón actividad-ejercicio
5. Patrón sueño-descanso
6. Patrón cognitivo-perseptual
7. Patrón autoperceptivo-autoconcepto
8. Patrón rol-relaciones
9. Patrón sexualidad-reproducción
10. Patrón adaptación-tolerancia al stress
11. Patrón valores-creencias

El formato para la valoración de los patrones funcionales de la salud, requieren un adaptación de preguntas observaciones a realizar en adolescentes, adultos, ancianos considerados sanos o que tienen diferente enfermedades o tipos de enfermedad mental.

La utilidad de la valoración se extiende a todas las fases del continuum salud – enfermedad y en todos los ámbitos donde se practica enfermería.

La mayor contribución de la valoración es la organización de los datos, con el propósito de identificar diagnóstico de enfermería. También se contribuye útil para las enfermeras que desean cambiar de un modelo puramente médico a un modelo de enfermería para la práctica.

Las enfermedades influyen en los patrones funcionales por lo tanto es lógico que la valoración de los procesos fisiopatológicos se incorporen a la fase de examen de la valoración.

Los procesos fisiológicos que deben valorarse dependen de la previsión de alteraciones a partir del conocimiento de la enfermedad.

Entre los problemas de salud de la población ecuatoriana están el consumo de cigarrillos y alcohol que tiene que ver con el patrón “percepción – manejo de la salud”. El suicidio y la depresión está relacionados con el patrón de autopercepción – autoconcepto. Los comportamientos violentos y abusivos, con el patrón rol-relaciones.

Los patrones de salud pueden ser funcionales, disfuncionales o potencialmente disfuncionales significan salud y bienestar y cuando son patrones de salud disfuncional o potencialmente disfuncionales se definen como problemas de salud.

La interacción entre los usuarios y el entorno es esencial, y es el hilo conductor entre los patrones de comportamiento.

Prevención Comprensiva.

Los enfoques de los cuestionarios para los enfoques de la prevención comprensiva, pretenden llegar hacia los grupos vulnerables que presentan mayores riesgos al consumo de drogas y alcohol. La prevención del uso de drogas ilícitas debe contemplar varios factores interactivos.

Niveles de Prevención.

Se indicarán medidas de orden social y público, principalmente intervenciones en barrios y en colegios.

Mediante la prevención primaria, se tratará de prevenir el uso de drogas y su nivel de frecuencia, a través de la educación comunitaria, los patrones de comportamiento, concientización pública, refuerzo de actitudes, medidas reguladoras para la sociedad.

La prevención secundaria contribuye la disminución de la frecuencia del consumo y el abuso de drogas y del alcohol, además de los enfoques conocidos de la prevención primaria, se requieren servicios de procreación, en especial para los grupos vulnerables, como las mujeres embarazadas, porque ponen en peligro a sus hijos al nacer, asesoramiento para crisis y para casos en periodos cortos de tiempo.

La prevención terciaria, permitirá la reducción de la frecuencia del uso de las drogas, se requiere servicios de los programas para la desintoxicación de pacientes drogodependientes, programas de post tratamiento en casas asistenciales, para evitar las resistencias y las recaídas.

Sujetos de Acción.

El objeto de centrar la prevención será al usuario potencial, cuyas actitudes, comportamiento y patrones de conducta, en especial, los jóvenes, niños, provenientes de hogares de escasos recursos, donde hace falta alguna persona clave en la familia, que puede ser el papá o la mamá y existe poco control familiar.

Los padres, maestros, integrantes de grupos de padres, entrenadores deportivos y directores de actividades recreativas son el punto de orientación de los programas de prevención de la importancia de su papel en el fomento de actitudes positivas, que erradiquen el uso y el abuso de las drogas.

Modelos de Explicación, Prevención y Comunicación.

Modelo de Desarrollo Social, Según Hawkins, encara factores de riesgo clave para el uso de estupefacientes y favorece el enlace activo de la juventud con entidades sociales como la familia, escuelas y amigos que se oponen al uso de drogas ilícitas, es menos probable que se aparten de las normas establecidas en el centro.

Teoría sobre la salud afectada por la conducta. Jessor hace distinción entre varias esferas, la salud física, psicológica, social y personal. Una sola modalidad de conducta puede afectar a todas las esferas y todas debe considerarse según la estrategia de prevención, las conductas que favorecen pueden fortalecer el modelo, mientras que las que no favorecen pueden debilitarse o eliminarse.

Explicación del anhelo de experimentar nuevas sensaciones. Según Zuckermann considera que el uso de estupefacientes es una conducta para escapar de inhibiciones o escapar de sensaciones físicas y psicológicas, lo que es más usual en los varones y tiende a desaparecer después de los 20 años.

Los **modelos para orientar cambios** permiten mejorar la calidad de los esfuerzos de prevención porque proporcionan conceptos y criterios para formular actividades consecuentes con la edad y características de los sujetos.

El modelo de inoculación cognoscitiva. Mc Guire sostiene que el posible inocular a personas contra ciertos comportamientos por medio de pretratamientos aplicados antes de que se adopten o traten de ensayar los mismos se prepara a los jóvenes para hacer frente a las actividades negativas con las que pueden tropezar.

La disonancia cognoscitiva es el impulso de este modelo. Se producen cuando la conducta de estas personas entran en conflictos con creencias y valores apreciados. En un nivel dado de incomodidad, el individuo trata de eliminar esta disonancia modificando o evitando tal conducta o sacrificando los valores y creencias.

La Teoría de Inoculación Social. Evans va más allá de la esfera cognoscitiva preparando a los individuos para que puedan resistir presiones sociales, no solo los exponen a ellas sino que les enseñan pericias de resistencia y normas de evitarlas.

La Teoría y modelado de aprendizaje social. Según Bandura sostiene que el proceso de aprendizaje es el resultado de consecuencias positivas o negativas de diversas conductas, sean propias o de otras personas. La gente aprende a anticipar consecuencias a regular sus acciones y a servir como sus propios agentes del cambio.

El Modelo de Desarrollo. Según Erickson, describe las tareas claves para el desarrollo en cada una de las etapas importantes de la vida. Estas inquietudes, ansiedades y capacidad vinculadas con la edad, deben ser tenidas en cuenta, por todos los que deseen promover cambios en otras personas y en grupos de personas.

Teoría sobre las intenciones respecto al comportamiento. Según Fishbein Aizen, Postula una fuerte relación entre las actitudes, las normas subjetivas y las conductas. Los valores y las creencias de conductas determinadas y sus probables consecuencias, las normas subjetivas (presunción acerca de las actitudes de otros) pueden ser excelentes mecanismos para prevención y pueden promover una conducta positiva.

Los **modelos de comunicación** proporcionan enfoques y técnicas para mejorar los esfuerzos para la ejecución de los programas.

El modelo de comunicación – modificación de conducta. Según Mccoby Salomón, describe varios pasos esenciales para la comunicación eficaz orientada hacia la conducta, concentrarse en un problema especial, comunicación en forma pertinente respecto de la audiencia; motivar o incentivar el cambio permanente, capacitar para modificar la conducta no deseada y auto mantenimiento del nuevo hábito, se debe considerare edad sexo, condición socioeconómica y educación previa.

El modelo de comunicación y persuasión. Según Mc Guire, consiste en la exposición a un mensaje prestarle atención y tomar interés. Comprender el mensaje, incorporarlo a la vida propia y aceptarlo. Recuperarlo de la memoria, adoptar decisiones de acuerdo con el mensaje, tener un comportamiento consecuente, recuperar la nueva conducta y reorganizar apropiadamente creencias y acciones.

El modelo de difusión de innovación. Según Rogers, describe la difusión de mensaje sobre la salud entre los miembros de una sociedad, el ritmo de una adopción dependerá del grado de la "idea nueva", por ejemplo, de no usar drogas narcóticas, se percibe mejor que la "idea vieja" compatibles con los valores existentes, experiencias pasadas y valores de receptor de la vida. Otros factores incluyen su posibilidad de ensayo y el grado en el que los resultados son visibles para otros.

Valoración.

Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon aplicados a salud mental. Los patrones con los que trabajar son los siguientes:

Patrón percepción – manejo de la salud:

- Aspecto general: descuidado, no aseados.
- Conocimientos de su enfermedad: no reconocen la drogodependencia como una enfermedad.
- Hábitos tóxicos: consiste en enumerar las sustancias consumidas, desde cuando y la cantidad.
- Prácticas de riesgo a la hora del consumo: compartir jeringuilla o el canutillo.
- Analítica para descartar enfermedades reciente.

Nutricional-metabólico:

- IMC: normalmente reducido.
- Anorexia.
- Preferencias por consumir alimentos con alto contenido en glucosa , sobre todo en drogas derivadas de la marihuana.

Eliminación:

Este patrón interesa valorarlo en pacientes con síndrome de abstinencia puesto que los síntomas de este son diarrea, exceso de sudoración, rinitis y lagrimeo.

Actividad ejercicio:

- Valorar expresión facial y gestos: se toca constantemente la nariz

- Comportamiento motor: según el tipo de intoxicación puede estar desinhibido por ejemplo con un consumo de éxtasis o cocaína o ralentizado por consumo de opiáceos.

Sueño y descanso:

- Horas de sueño nocturno: ritmo circadiano invertido.
- Problemas de sueño.
- Factores que alteran el sueño: síndrome de abstinencia.
- Ayudas para favorecer el sueño.

Cognitivo – perceptual:

- Nivel de conciencia: depende del tipo de sustancia y la cantidad consumida.
- Atención – orientación: depende del grado de consumo.
- Alteraciones perceptivas: en especial si es consumidor de drogas perturbadoras del SNC (cocaína y LSD), pueden llegar a causar trastornos de tipo esquizoide.
- Memoria e inteligencia: depende de la edad en que comenzó el consumo.
- Organización del pensamiento: contenido, curso y expresión: el contenido está colonizado por el deseo de consumo.

Autopercepción – autoconcepto:

- Suelen tener una imagen negativa de ellos mismos.
- Autoestima baja: favorece el consumo.

Rol – relaciones:

- Nivel de independencia: valorar si la adicción afecta al trabajo.
- Personas más significativas
- Consume solo o acompañado.

- El paciente acude al centro con algún familiar cercano o en solitario.

Sexualidad reproducción:

- Problemas de impotencia.
- Aumento del deseo sexual.
- Prácticas sexuales de riesgo.
- Patrón reproducción: en mujeres puede existir amenorrea.
Atención a consumidoras gestantes.

Adaptación – tolerancia al estrés:

- Estado de tensión- ansiedad.
- Posibles factores relacionados: búsqueda incesante de la droga.
- Respuestas habituales de adaptación: ¿responde con violencia?.

Diagnósticos más frecuentes.

- Desequilibrio nutricional por defecto.
- Estreñimiento.
- Deterioro del patrón de sueño.
- Conocimientos deficientes.
- Baja autoestima.
- Procesos familiares disfuncionales.

NIC:

Desequilibrio nutricional por defecto.

Relacionado Con:

- Dependencia química.

- Malos hábitos dietéticos.

Manifestado por:

- IMC inferior a 20
- Ingesta inadecuada
- Anorexia

Intervenciones:

- Elaborar una dieta adecuada.
- Incluir suplementos vitamínicos.
- Control ingesta y peso.
- Crear un ambiente agradable y sin prisas: no hablar del a droga.
- Educación sanitaria.

Estreñimiento.

Relacionado con:

- Dependencia química: las sustancias disminuyen el peristaltismo.
- Malos hábitos dietéticos.

Manifestado por:

- Frecuencia inferior a lo habitual.

Intervenciones.

- Elaboración de una dieta adecuada.
- Aumentar la ingesta de líquido.
- Ejercicio físico.

- Control de la frecuencia de eliminación.

Conocimientos deficientes.

1. Hábitos higiénico dietéticos.
2. Prevención contagio de enfermedades.

Relacionado con:

- Falta de interés por el aprendizaje.
- Limitación cognitivo-perceptiva.

Manifestado por:

- Conductas higiénico – dietéticas inapropiadas.
- Conductas de riesgo.

Intervenciones:

- Identificar conocimientos.
- Respetar ritmo de aprendizaje.
- Elegir un método.

Reducción Del Daño: si no podemos conseguir que abandone el consumo al menos que este produzca el menor daño posible.

Baja autoestima.

Relacionado con:

- Personalidad regresiva afectiva.
- Características familiares.

Manifestado por:

- Expresiones negativas sobre sí mismos.
- Dependencia de las expresiones de los demás: en especial si tratamos con adolescentes.
- Búsqueda excesiva de reafirmación.

Intervenciones:

- Ayudar a identificar las causas.
- Valorar aspectos y logros positivos.
- Mantener una actitud imparcial.
- No hacer juicios de valor.
- Ganar y mantener la confianza respetando la confidencialidad.

Deterioro del patrón de sueño.

Relacionado con:

- Dependencia química.
- Ansiedad.
- Síndrome de abstinencia en opiáceos.

Manifestado por:

- Sueño interrumpido.
- Somnolencia diurna.

Intervenciones:

- Establecer unos horarios de sueño.
- Aconsejar aumento de actividad diaria.

- No consumir estimulantes como la cafeína.

Procesos familiares disfuncionales.

Relacionado con:

- Abuso de drogas.
- Personalidad adictiva.
- Características específicas familiares.

Manifestado por:

- Deterioro de las relaciones familiares.
- Alteración de los roles familiares.

Intervenciones:

- Incluir a la familia.
- Identificar las repercusiones en la vida familiar.
- Identificar relaciones de dependencia: si la pareja también consume es necesario la desintoxicación de los dos, si no fracasaría la intervención.

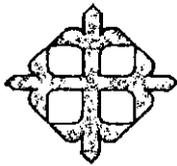
**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA SAN VICENTE DE PAÚL**

RESUMEN

Delia Dayane Garcés Rosales

"Intervenciones de Enfermería a Pacientes Adultos con problemas de Alcoholismo y Drogodependencia de Marihuana en Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce desde Octubre /08 a Febrero /09".

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. Las estadísticas indican que la principal droga consumida en el mundo, después del tabaco, es el cannabis o marihuana, que representa el 4% a nivel mundial. Por este motivo, se formula el objetivo de Evaluar si el personal de enfermería está cumpliendo en forma técnica y eficiente los procesos referidos a la atención de enfermería en personas alcohólicas y/o drogodependientes en el consumo de marihuana, acorde a los principios bioéticos y psicosociales en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, expresando la hipótesis de que el incumplimiento en los procesos referidos a las intervenciones de enfermería a pacientes con adicción al alcohol y a las drogas, está relacionado con las limitaciones de conocimientos inherentes a la atención de pacientes alcohólicos y drogodependientes en la Sala General de Varones "San José" del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, para el efecto, se ha utilizado la metodología descriptiva y cualitativa, mediante encuestas y fichas de observación para determinar la incidencia de los alcohólicos y drogodependientes en marihuana, obteniendo como resultado que el personal de enfermería no se encuentra apto para realizar el cuidado adecuado a este tipo de pacientes, porque desconoce el modo correcto para realizar una intervención eficiente, por tanto, se plantea la propuesta de ejecutar un programa educativo, el cual se lo realizó en el mismo centro asistencial, dirigido para el personal de enfermería en el tema relacionado a la atención de enfermería en pacientes drogodependientes y alcohólicos.



UNIVERSIDAD CATOLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

COPIA

Guayaquil, 12 de Agosto del 2009

Licenciada
NORA CARRERA ROJAS
Directora
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"
En su despacho.-

De mis consideraciones:

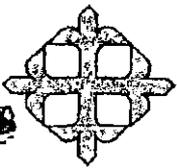
La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl", comunica a usted, una vez revisado la Tesis de la Srta. Delia Dayane Garcés Rosales, con el tema "INTERVENCIONES DE ENFERMERIA A PACIENTES ADULTOS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA DE MAROHUANA EN LA SALA GENERAL DE VARONES" SAN JOSE DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO LORENZO PONCE DESDE OCTUBRE/08 A JUNIO/09., debidamente corregido en conjunto con la alumna, debo indicar que la Tesis esta acta para el Lector.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente.

Dra. Carmen Pezo de Maldonado
Docente

S.M.B



UNIVERSIDAD CATOLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CE-006-2010

Guayaquil, 7 de Enero del 2010

Licenciada
CARMEN ZEA DE MARTINEZ
Docente
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl", comunica a usted que ha sido delegada para Lectora de la Tesis de la Srta. Delia Dayane Garcés Rosales, en el tema "INTERVENCIONES DE ENFERMERIA A DROGODEPENDENCIA DE MARIHUANA EN SALA GENERAL DE VARONES" SAN JOSE", del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce desde Octubre/08 a Junio /09 para su conocimiento la tesis deberá ser entregada hasta el Viernes 26 de Febrero del 2010.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl"
Lda. Vera Carrera Rojas
Directora

Vera Carrera Rojas

S.M.B

Teléfonos:
2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, Marzo 5 de 2010

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Valentín de Paill"
9 MAR 2010 HORA
[Signature]
RECIBIDO
Srta. Katty Montoya E

Sra. Lcda.
Nora Carrera Rojas,
Directora Carrera de Enfermería,
Ciudad.

De mis consideraciones:

Como lectora del Tema "*Intervenciones de enfermería a pacientes adultos con problemas de alcoholismo y drogodependencia de marihuana en sala general de varones San José del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce desde Octubre (08 a Junio 09)*", de la Srta **DELIA GARCES ROSALES**, considero que la mencionada tesis cumple todos los requisitos para que sea sustentada de acuerdo al cronograma que para el efecto así usted, ya ha dispuesto.

Atentamente,

Lic. Carmen Zea de Martínez
Lectora.



Mgs. ~~Carmen Zea de Martínez~~
Lectora del Trabajo de Graduación

c.c. Archivo personal

