



CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA SALUD MENTAL



CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA SALUD MENTAL
1ª Edición

Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez
Cruz Xiomara Peraza de Aparicio
Neris Marina Ortega Guevara
Heriberto Enrique Luna Alvarez
Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios
Yoel López Gamboa
Marcos Elpidio Pérez Ruiz
Evelyn María González Díaz
Belmary Desiree Márquez Ortega
Ariel Medina Concepción
Elsa Josefina Albornoz Josefina

EDICIONES **MAWIL**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA **EN LA SALUD MENTAL**

1ª Edición

Autores Investigadores

Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez

Magíster en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo;
Especialista en ENFERMERÍA Perioperatoria;
Licenciada en Enfermería;
Coordinadora de la Carrera de Enfermería,
Universidad Metropolitana Guayaquil, Ecuador
yanetziarteaga@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1004-255X>

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

PhD. en Ciencias de la Educación;
PhD. en Desarrollo Social;
Especialista en Medicina General de Familia Médico Cirujano; Docente titular de la Universidad Metropolitana,
Carrera de Enfermería Guayaquil, Ecuador
xiomaparicio199@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

Neris Marina Ortega Guevara

PhD. en Enfermería Salud y Cuidado Humano;
Magíster en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo;
Especialista en ENFERMERÍA Perioperatoria;

Licenciada en Enfermería;
Docente titular de la Universidad Metropolitana,
Carrera de Enfermería Guayaquil, Ecuador
neris_marina@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-5643-5925>

Heriberto Enrique Luna Alvarez

PhD. en Ciencias Pedagógicas,
Magister en Gerencia de los Servicios de Salud,
Psicólogo Clínico Decano de la Facultad de salud y cultura física
Universidad Metropolitana
enrique.luna@umet.edu.ec
 <https://orcid.org/0000-0003-0553-2287>

Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios

Magíster en Gerencia Hospitalaria;
Especialista en Cuidado Critico Adulto;
Licenciada en Enfermería;
Docente titular de la Universidad Metropolitana;
Carrera de Enfermería Guayaquil, Ecuador
yoskyrabarrios@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-1542-3351>

Yoel López Gamboa

Magíster en Medicina Bioenergética y Natural
Licenciado en Ciencias Farmacéuticas;
Docente ocasional de la
Universidad Metropolitana Carrera de Enfermería
Guayaquil, Ecuador
yoel111975@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-9596-443x>

Marcos Elpidio Pérez Ruiz

PhD. en Ciencias Biológicas,
Magíster en Medicina Natural y Bioenergética;
Licenciado en Cultura Física y Deporte;
Docente titular de la Universidad Metropolitana,

Carrera de Enfermería Guayaquil, Ecuador
pmarcoselpidio@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8040-283X>

Evelyn María González Díaz

Especialista en Enfermería Perioperatoria;
Licenciada en Enfermería;

Docente ocasional de la Universidad Metropolitana,
Carrera de Enfermería Guayaquil, Ecuador
gonzalezevelyn82@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3244-7582>

Belmary Desiree Márquez Ortega

Licenciada en Enfermería,
Especialista en enfermería en pacientes críticamente enfermos
Docente Universidad Metropolitana
desiree18marquez@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8451-613X>

Ariel Medina Concepción

Licenciado en Microbiología;
Máster en Genética; Médica;
amcmachala@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9705-1725>

Elsa Josefina Albornoz Josefina

PhD en Ciencias de la Educación,
PhD en Gerencia de la administración Pública,
Magister Scientiarum en Investigación Educativa,
Magister en ciencias de la orientación de la conducta,
Especialista en Docencia Universitaria,
Especialista en Salud Pública. Licenciada en Enfermería,
Tesis de Filosofía Docente titular de la Universidad Metropolitana,
Carrera de Enfermería Guayaquil, Ecuador
ealbornoz@umet.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0003-1382-0596>

CUIDADOS DE ENFERMERÍA **EN LA SALUD MENTAL**

1ª Edición

Revisores Académicos

Ángel Luis Zamora Cevallos

PhD. en Ciencias Médicas;
Magister en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local
Especialista en Atención Primaria de la Salud;
Diploma Superior en Atención Primaria de Salud;
Doctor en Medicina y Cirugía;
Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la
Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador;
angelluisz2007@hotmail.com

Jacqueline Beatriz Delgado Molina

Magister en Gerencia y Salud para el Desarrollo Local
Licenciada en Enfermería; Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador;
jacqueline.delgado@unesum.edu.ec

Catálogo Bibliográfico

AUTORES:

Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez
Cruz Xiomara Peraza de Aparicio
Neris Marina Ortega Guevara
Heriberto Enrique Luna Alvarez
Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios
Yoel López Gamboa
Marcos Elpidio Pérez Ruiz
Evelyn María González Díaz

Belmary Desiree Márquez Ortega
Ariel Medina Concepción
Elsa Josefina Albornoz Josefina

Título: Cuidados de Enfermería en la salud Mental

Descriptor: Ciencias médicas; Enfermería; Salud mental; atención médica.

Código UNESCO: 3212 Salud Publica

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610.73069/Ar759

Área: Ciencias Médicas

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-602-58-9

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 284

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-602-58-9>



Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Cuidados de Enfermería en la salud Mental**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

Director Académico: PhD. Jose María Lalama Aguirre

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA SALUD MENTAL
1ª Edición

ÍNDICE



PRÓLOGO.....	13
INTRODUCCIÓN	16

CAPÍTULO I

Atención del paciente fármaco-dependiente y el embarazo.....	18
1.1 Atención de enfermería en gestante fármaco-dependiente con síndrome depresión posparto	19
1.2 Importancia de la sensibilización sobre la salud mental materna desde la perspectiva de enfermería	23
1.3 Trastornos de ansiedad en gestantes fármaco dependientes Trastornos de ansiedad	29
1.4 Trastorno de la salud mental por el uso de sustancias adictivas en el embarazo	34
1.5 Trastornos obsesivo-compulsivos durante el posparto en pacientes farmacodependiente.....	38
1.6 Principales enfermedades de salud mental en gestante con alcoholismo y los cuidados de enfermería	44
1.7 Actuación de enfermería en tocofobia en gestante fármaco dependiente	50
1.8 Acciones en el ecuador para una buena salud mental en la gestante	55
1.9 Alteraciones mentales que padece la gestante en la cesárea.....	59
1.10 Psicosis en gestantes fármaco dependientes y los cuidados de enfermería durante el embarazo	60
1.11 Repercusión del uso de psicoactivo en mujeres gestantes en la población	66

CAPÍTULO II

Atención y cuidados de pacientes quirúrgicos y su repercusión en la salud mental.....	73
2.1 Abordaje psicológico en pacientes con fractura de tibia	74
2.2 Atención de enfermería a pacientes ecv con enfoque a la salud mental	75

2.3 Cuidados de enfermería a paciente con hemorragia intra encefálica	76
2.4 Cuidados de enfermería en pacientes con edema cerebral producto de un traumatismo craneoencefálico....	78
2.5 Deterioro neurológico por alteración hidroelectrolítica	80
2.6 Promoción de la salud mental en paciente con cetoacidosis diabética	83
2.7 Shock séptico y las secuelas neurológicas	86
2.8 Afectaciones en la salud mental del adulto que ha padecido pancreatitis aguda.....	88
2.9 Afectaciones en la salud mental del adulto que ha padecido traumatismo cráneo encefálico	89
2.10 Caso clínico sobre la insuficiencia respiratoria aguda y su repercusión en la salud mental	99
2.11 Complicaciones mecánicas de prótesis articular de cadera y su repercusión en su esfera mental.....	101
2.12 Cura operativa de hernia inguinal unilateral derecha encarcelada y su repercusión en la salud mental	102
2.13 Depleción de volumen por fiebre persistente y su afectación en la salud mental del paciente	103
2.14 Caso clínico: gastroenteritis y su influencia en el ámbito de la salud mental	104
2.15 Importancia de la salud mental en pacientes con procedimientos quirúrgica debido a una histerectomía	105
2.16 Proceso de atención de enfermería en paciente embarazada con shock hipovolémico	114

CAPÍTULO III

Atención del paciente con adicción a drogas y alcohol y su salud mental.....

3.1 Cuidados de enfermería a paciente con infarto al miocardio asociado al consumo excesivo de cocaína	117
3.2 Atención de enfermería en la prevención de adicciones provocada por el uso de fármacos en el trastorno bipolar.....	119

3.3 Errores de medicación con psicofármacos en la salud mental que generan adicciones	124
3.4 Consecuencias de la automedicación con benzodiacepinas en trastornos antidepresivos	128
3.5 Consumo de sustancias psicoactivas y salud mental	131
3.6 Consumo de alcohol como respuesta al duelo.....	137
3.7 Consumo de drogas durante en el embarazo	144
3.8 Drogadicción en adolescentes embarazadas	153
3.9 El uso de drogas en el personal de salud	156
3.10 Complicaciones neurológicas y cardiovasculares en el niño por el consumo de drogas durante el embarazo adolescente	163
3.11 Consecuencias neurológicas por el abuso de sustancias estupefacientes en adolescentes en ecuador.....	168
3.12 Daños cardiovasculares que produce el consumo de alcohol en adolescentes	175
3.13 Daños neurológicos causados en adolescentes por el consumo de cocaína en la población ecuatoriana.....	183
3.14 Daños que produce el consumo de alcohol a nivel hepático en los adolescentes	187
3.15 Daños que se producen a nivel neurológico por el consumo de drogas en mujeres embarazadas	192
3.16 El desempleo como factor de riesgo para el consumo de alcohol en las comunidades vulnerables.....	195
3.17 La depresión en los adolescentes como factor de riesgo para el consumo de psicoactivos	198
3.18 Efectos neuropsiquiátricos relacionados con el consumo de cocaína.....	201
3.19 Patologías psiquiátricas en el consumo de drogas ilegales	204
3.20 La salud mental del adicto a la cocaína	207
3.21 Consumo de drogas y violencia intrafamiliar	208
3.22 Consumo de drogas porteras y factores predisponentes para las adicciones	212

3.23 Consumo de drogas y su incidencia en los delitos juveniles en ecuador.....	216
---	-----

CAPÍTULO IV

Afecciones mentales y la enfermería.....	219
4.1 Acciones de enfermería para la prevención de disfunciones mentales de la mujer en su entorno familiar.....	220
4.2 Causas que producen disfunciones mentales en la adolescencia medidas para su prevención	224
4.3 Acciones de enfermería en la comunidad para la prevención de las afecciones mentales en los adolescentes.....	228
4.4 Cuidado y autocuidado para la prevención de afecciones mentales en el adulto mayor.....	231
4.5 Síndrome de Diógenes y los cuidados de enfermería.....	236
4.6 Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio	239
4.7 La salud mental del profesional de enfermería en el ambiente hospitalario	243
4.8 Síndrome depresivo en mujer embarazada	246

CAPÍTULO V

Educación y prevención para la salud mental.....	248
5.1 Educación para la salud mental en adolescentes para la prevención del consumo de alcohol	249
5.2 Educación para la salud mental en niños y adolescentes expuestos a inhalantes tipo pegamento.....	252
5.3 La musicoterapia frente a la adicción de drogas ilícitas	257
5.4 La adicción a los videojuegos y el rol de enfermería.....	261
5.5 Salud mental en refugiadas afganas y el accionar de enfermería	266
5.6 Manejo de las emociones del personal de enfermería ante las muertes por covid-19	270
5.7 Caso clínico de un paciente diagnosticado de trastorno bipolar desde la visión del proceso enfermero	271

REFERENCIAS	276
--------------------------	------------

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA SALUD MENTAL
1ª Edición

PRÓLOGO



La Enfermería como actividad, ha existido desde el inicio de la humanidad. Cuidar es el objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería, y es el cuidado el elemento paradigmático que marca la diferencia entre Enfermería y otras disciplinas del área de la salud. Los últimos años se han caracterizado por una rápida transformación hacia nuevas formas sociales. Los cambios que afectan a las profesiones sanitarias y, por tanto, a la enfermería son múltiples, económicos, sociales, culturales, políticos, demográficos, sanitarios y tecnológicos.

La Enfermería como profesión de servicio está influenciada y condicionada por todos estos cambios en la sociedad en la que está inmersa, necesita adaptarse a ellos, comprender los valores que se modifican y dar respuesta a las necesidades y expectativas que la sociedad plantea y por la cual trabaja. Así mismo, son importantes el movimiento mundial referente al concepto de desarrollo sostenible, la diversidad cultural en la que estamos inmersos, así como el desarrollo de la cultura por la paz, entendida como “conjunto de valores, actitudes y comportamientos que reflejan el respeto a la vida, al ser humano y a su dignidad y que pone en primer plano los derechos humanos, el rechazo a la violencia en todas sus formas y la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, así como la comprensión entre los pueblos, los colectivos y las personas”.

La investigación en enfermería es esencial para desarrollar, evaluar y expandir el conocimiento de enfermería, constituye una parte vital de la práctica clínica y por ende, beneficia directamente a los usuarios. Las enfermeras deben ser capaces de identificar y utilizar la mejor evidencia en su ejercicio profesional. Para lograr excelencia en la investigación en enfermería, tanto académicos como estudiantes, deben contribuir al desarrollo de esta ciencia a través de la crítica, utilización, disseminación y conducción de investigaciones. Por ello, en los estudios de grado se expone al alumno a situaciones que lo impulsen a adquirir una actitud de cuestionamiento de la realidad, de rigor científico e interés por la verdad, contribuyendo así a abonar un terreno que

propicie la investigación para el avance de la disciplina y la práctica en enfermería.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA SALUD MENTAL
1ª Edición

INTRODUCCIÓN



El presente libro aborda temas profundos e interesantes basados en una profesión con bastantes desafíos como lo es la enfermería, en el CAPÍTULO I, nos referimos a la atención al paciente fármaco dependiente y el embarazo, en el cual tratamos varios puntos que afectan la salud y la atención que se le brinda al paciente.

El CAPÍTULO II, hablamos sobre la atención y cuidados de pacientes quirúrgicos y su repercusión en la salud mental, en este capítulo se habla los abordajes quirúrgicos más relevantes para la salud mental ya que son de difícil recuperación y afectan tanto a pacientes como a sus cuidadores.

Pasamos al CAPÍTULO III, atención del paciente con adicción a drogas y alcohol y su salud mental, este capítulo hace referencia a temas mucho más complejos y de mayor cuidado centrándose en todos los aspectos relevantes y dirigidos a todas las edades y condiciones y sus afecciones a la salud mental desde diversos puntos de atención.

En el CAPÍTULO IV, afecciones mentales y la enfermería, la enfermería juega un papel importante en lo que ha tema de salud mental se refiere, ya que es el primer contacto y quien se encarga de la evolución de cada paciente y sus diversas patologías en cuanto a cuidados y atención se refiere.

En este punto llegamos a el CAPÍTULO V, educación y prevención para la salud mental, en donde veremos diferentes posibilidades de educación y las posibilidades de prevención en ciertos aspectos de las diferentes patologías y el abordaje que se le debe dar a todas y cada una de las afecciones que provocan una alteración de la salud mental. Esperamos haber dado un abordaje claro y consistente en cada uno de los capítulos y que sea del agrado y disfrute de nuestros lectores.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA SALUD MENTAL
1ª Edición

CAPÍTULO I
ATENCIÓN DEL PACIENTE
FÁRMACO-DEPENDIENTE Y EL
EMBARAZO



1.1. Atención de enfermería en gestante fármaco-dependiente con síndrome depresión posparto

La detección temprana de síntomas relacionados a la Depresión Posparto es la salida más factible para permitir el diagnóstico y reducir los problemas de salud. Teniendo en cuenta el personal de enfermería como co-responsables del cuidado y la dirección de la madre en posparto.

Una depresión se incrementa en una mujer después de dar a luz con facilidad y puede aparecer inmediatamente después del nacimiento o incluso un año posteriormente. La gran mayoría por no decir todas las veces ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto.

Es por esto que no se tiene conocimiento exacto de las causas exactas de la depresión posparto, ya que pueden variar y los cambios en los niveles hormonales durante y después del embarazo pueden afectar la etapa de ánimo o cualquier cambio psicológico a una mujer. Existen diversos factores, además de los hormonales, también pueden afectar el estado de ánimo durante este tiempo, como los cambios en el cuerpo debido al embarazo y el parto, y cambios ya sea en la vida laboral o en las relaciones sociales.

Debe saberse que tener menos tiempo y libertad puede causar este tipo de inconvenientes, falta de sueño y preocupaciones sobre la capacidad para ser una buena madre. Entonces, si un miembro de la familia está experimentando este tipo de dificultades, las posibilidades de tener depresión posparto son mayores si es menor de 20 años.

Si existen antecedentes de consumo de alcohol, sustancias ilegales o cigarrillos, también corre serios riesgos para la salud del bebé, no planeaba quedar embarazada o tenía sentimientos encontrados, o tuvo un embarazo anterior antes del embarazo o en una depresión, trastorno bipolar, o un trastorno de ansiedad. Pero si por diferentes razones se

ha experimentado un evento ya sea estresante durante el embarazo o el parto, por ejemplo, enfermedad, muerte o enfermedad de un ser querido, parto difícil o de emergencia, parto prematuro o enfermedad o anomalía congénita en el bebé, o también es conocido que si se Tiene un familiar cercano que ha sufrido depresión o ansiedad, tiene una mala relación con una pareja o es soltero, tiene problemas económicos o de vivienda, poco apoyo de la familia, amigos, cónyuge o pareja.

La atención a las mujeres embarazadas drogodependientes con síndrome de depresión posparto es un punto fundamental para el campo tanto en el Aprendizaje como en la práctica, por lo que los síntomas que presentan son delicados ya que los sentimientos de miedo, irritación, tristeza con lágrimas e inquietud son comunes en las dos primeras semanas posteriores al embarazo. Estos sentimientos a menudo se conocen como depresión posparto. Casi siempre desaparecen rápidamente sin necesidad de tratamiento.

Los síntomas de la depresión posparto son los mismos que los síntomas de la depresión que se presentan en otros momentos de la vida. Junto con un estado de ánimo triste o deprimido, puede haber algunos síntomas que son tan resonantes que suelen ser muy obvios, como desinterés en todas o la mayoría de las actividades, pérdida de concentración, pérdida de energía, dificultad para realizar tareas en el hogar o en el trabajo, ansiedad significativa, pensamientos de muerte o suicidio, dificultad para dormir.

Además, es posible que una madre con depresión posparto no pueda cuidar de sí misma o de su bebé, tenga miedo de quedarse sola con el bebé, tenga sentimientos negativos sobre el bebé o incluso piense en lastimarlo. Si bien estos sentimientos son aterradores, casi nunca se materializan. Sin embargo, debe informar a su médico sobre esto de inmediato, pero si está muy preocupado por el bebé o tiene poco interés en él, puede ocasionar grandes problemas.

El tratamiento para la depresión después del parto a menudo incluye medicamentos, terapia o ambos. La lactancia influirá en los medicamentos recomendados por su proveedor. Es posible que lo deriven a un especialista en salud mental. La terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) son tipos de psicoterapia que a menudo ayudan con la depresión posparto.

Los grupos de apoyo pueden ser útiles, pero no deben utilizarse como sustitutos de medicamentos o psicoterapia si tiene depresión posparto. Un buen apoyo social de familiares, amigos y compañeros de trabajo puede ayudar a reducir la gravedad de la depresión posparto.

Evaluación sobre la atención de enfermería en gestante fármaco dependiente con síndrome depresión posparto.

La atención de enfermería es eficaz en la depresión posparto cuando la mujer este mal:

1. Exprese sus sentimientos.
2. Identificar modelos para avanzar.
3. Acepte la ayuda de los demás.
4. Tome sus propias decisiones.
5. Realice los cambios deseados.
6. Asumir la responsabilidad.
7. Brinda estímulo positivo al cuidado del recién nacido y de la familia.

Para la mujer con una complicación psiquiátrica, el pronóstico es a largo plazo y la atención de enfermería eficaz orienta a la mujer a recibir el tratamiento adecuado que la ayude a recuperarse y adoptar conductas adaptativas para avanzar y reducir su aislamiento social.

El puerperio incluye 3 períodos: puerperio inmediato que cubre las primeras 24 horas; puerperio medio que dura 10 días; puerperio tardío que va desde el undécimo día hasta los 42 días. La enfermería en el

puerperio tiene en cuenta los cambios físicos en la involución y recuperación de los órganos reproductores y del cuerpo en general que se producen durante esta etapa, y las necesidades físicas y psicológicas de la madre.

Su objetivo es brindar intervenciones de enfermería oportunas para promover la curación y evitar complicaciones; Fomentar y promover el desarrollo de la relación madre-recién nacido, ayudar a la madre y la familia a adaptarse con éxito a las transiciones posparto.

Las complicaciones puerperales más frecuentes según la tasa de incidencia son: hemorragia, infección puerperal, enfermedad tromboembólica, mastitis, infección del tracto urinario y psicosis puerperal. Las enfermeras aplican el Programa de Enfermería (PAE) como método de introducción de la ciencia en la práctica de la enfermería y orientado a satisfacer las necesidades de las mujeres y las familias.

Cuidados en enfermería en depresión posparto.

Es notable decir que un buen apoyo social de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo puede ayudar a reducir la gravedad de la depresión posparto, pero es posible que no la prevenga. Las mujeres que tuvieron depresión posparto después de embarazos anteriores pueden tener menos probabilidades de volver a tenerla si comienzan a tomar antidepresivos después del parto. La psicoterapia también puede ayudar a prevenir esto. El personal de enfermería debe observar y evaluar los factores de riesgo y la presencia de síntomas y signos de depresión y complicaciones psiquiátricas. Es necesario que se observe el ambiente, la interacción con la pareja y la familia y con los visitantes. (1)

1.2. Importancia de la sensibilización sobre la salud mental materna desde la perspectiva de enfermería

Sensibilización en salud

La sensibilización es uno de los pilares básicos de la solidaridad, puede fomentarse gracias a la realización de una serie de actividades para concienciar a las personas sobre una determinada situación: los problemas que generan una enfermedad, la situación de las personas refugiadas o desplazadas, o problemáticas relacionadas con el medioambiente, entre otros muchos. La organización mundial de la salud (OMS) define salud como, un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, así mismo define, una buena salud mental es crucial para asegurar el bienestar de las personas, las familias y de la sociedad en su conjunto. Humanizar es orientar la actuación del personal de la salud hacia el servicio del enfermo considerándolo en su globalidad, ofreciendo una asistencia integral con calidez y competencia, que responda a las dimensiones física, emocional, social y espiritual de las personas. El embarazo es un proceso fisiológico por motivo debe existir mayor atención por parte de las madres gestantes basándose en cuidados para su desarrollo normal. La tecnología juega un papel indispensable porque ayuda a determinar anomalías o avances durante todo el periodo de gestación.

Salud mental en gestante

La salud mental está relacionada con el estado emocional, psicológico y de bienestar de una persona y, por lo tanto, puede afectar los sentimientos y la forma de actuar de una mujer embarazada o en período de puerperio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de

hacer una contribución a su comunidad”. Pero el bienestar no se evalúa de forma rutinaria y muchas mujeres embarazadas o en período de puerperio en situación de riesgo no son identificadas como personas con un mal estado de bienestar y se pierde la oportunidad de detectar cuadros de ansiedad, estrés y problemas para lidiar con situaciones. Sin embargo, la depresión posparto (DPP) se evalúa rutinariamente en muchos países del mundo y algunos países también son partidarios de examinar la depresión preparto.

Abordaje de la atención humanizada de enfermería en gestante

SALA DE EMERGENCIA: Tomar signos vitales según indicación médica. Canalizar acceso venoso. Asistir a usuaria durante examen médico. Tomar exámenes indicados y enviarlos al laboratorio. Cumplir medicamentos según indicación médica. Colocar a usuaria en posición tren de lemburg invertido, si tiene sangramiento transvaginal abundante. Dar apoyo emocional y espiritual a usuaria y familia. Coordinar interconsultas con especialistas. Preparar a usuaria para legrado. Identificar a usuaria con brazalete. Solicitar respuestas de exámenes de laboratorio antes de pasarla a sala. Mandar orden de transfusión si es necesario. Retirar prótesis dentaria si la hay. Llevar expediente completo. Trasladar a usuaria en carro camilla a sala de operaciones o al servicio correspondiente.

SALA QUIRURGICA Y RECUPERACIÓN: Verificar datos de usuaria con brazalete y expediente clínico. Cumplir indicaciones médicas. Revisar permeabilidad de catéter venoso.

Controlar signos vitales y reportar anormalidades. Vigilar signos de hipoxemia cianosis en uñas de pies y manos, piel y mucosa. Mantener a usuaria abrigada. Vigilar y reportar sangramiento transvaginal reportando anormalidades. Identificar muestras y enviar a anatomía patológica.

MANEJO Y ATENCIÓN DEL PARTO: Evaluar el estado de salud de la usuaria y ofrecerle oportunamente apoyo emocional. Tomar signos

vitales y reportarlos. Según vía de evacuación, cumplir protocolo de atención de parto vía vaginal o cesárea. Tomar y enviar muestras de sangre del cordón umbilical, para determinar grupo sanguíneo, factor Rh, Coombs directo.

POST PARTO INMEDIATO, RECUPERACIÓN: Monitoreo estricto de signos vitales maternos según indicación médica. Cumplir y vigilar goteo de oxitocina según indicación médica. Realizar masaje uterino y orientar a la parturienta para que participe en su realización.

Vigilar sangramiento transvaginal e involución uterina y reportar al médico anomalías. Tomar muestras sanguíneas y enviarlas al laboratorio, reportar resultados. En caso de transfusión sanguínea, vigilar el goteo y reacciones adversas en la paciente. Trasladar a la paciente al servicio indicado, al estabilizarse. Cumplir normativa vigente para manejo de parto y de puerperio.

Realizar registros de enfermería sobre los cuidados realizados, cumplimiento de tratamiento y evolución de paciente.

HOSPITALIZACIÓN: Tomar signos vitales y reportar variaciones. Observar constantemente en busca de complicaciones como: sangramiento transvaginal abundante, características de secreciones vaginales (color, olor, cantidad) presencia de fiebre. Vigilar micción espontánea.

Dar apoyo emocional y espiritual a usuaria y familia. Realizar aseo vulvar tres veces día. Estimular la deambulación temprana. Cumplir indicaciones médicas. Satisfacer necesidades de alimentación, eliminación, higiene y comodidad. Tomar exámenes de laboratorio de control. Controlar signos de alarma en la usuaria durante la transfusión sanguínea, si se le aplica. Permitir visitas según condición de usuaria. Llevar balance hídrico, según estado de la paciente e indicación médica. Permitir que la usuaria exprese sus emociones y escucharla.

REHABILITACIÓN: fisiológicos presentados en el organismo. No duchas vaginales, no nadar ni usar tampones. Asistir a controles subsecuentes. Planificación familiar a libre elección inmediatamente después del aborto por lo menos durante dos meses. Continuar tratamiento médico en casa. Observar signos de alarma: fiebre mayor de 38.5°C, dolor o calambres abdominales, hemorragia transvaginal profusa, roja o brillante o fétida. Consultar si no hay periodo menstrual después de las seis semanas de aborto, si no está planificando. baño diario y aseo vulvar. Uso de ropa adecuada y cómoda. Alimentación adecuada y líquidos orales abundantes.

Consejería sobre preconcepcional y métodos de planificación familiar. Lactancia materna exclusiva durante el parto. Entregar su carnet materno debidamente llenado con la información referente al embarazo parto, puerperio inmediato y recién. Registrar intervenciones de enfermería.

Participar en grupos de apoyo religiosos. Acudir al establecimiento de salud más cercano al observar cambios de ánimo o depresión.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: Orientar a adolescentes y mujeres embarazadas sobre:

- Importancia de la ingesta de ácido fólico en adolescentes y mujeres en edad fértil.
- Prevenir el embarazo, entre los 10 a 19 años de edad.
- Importancia de los controles prenatales.
- Ingesta de una dieta balanceada, de vitaminas y hierro durante el embarazo.
- Informar sobre factores de riesgo en el embarazo: Dolores lumbopélvicos. Sangrado vaginal Fiebre, etc.
- Sugerir consulta médica al detectar signos de alarma.
- Promover métodos de planificación familiar. En conclusión, la enfermera satisfacerla las necesidades del paciente y lograra resolver el problema y eso evidenciara la relación y los roles del desempeño de la enfermera.

Apoyo psicosocial

Los métodos de intervención por medio de apoyo psicosocial suelen ser eficaces cuando la depresión no es muy grave y la embarazada o recién parida no se encuentra “paralizada” por la depresión, o se siente totalmente incapaz de hacer frente a la situación. El clínico puede ayudar a la mujer deprimida a buscar oportunidades de estar con otras personas, visitar o ser visitada por seres queridos, lograr que éstos le den apoyo y que le brinden ayuda práctica. Se requiere que la paciente no tenga temor de ser “dependiente” de otros de manera temporal.

Psicoterapia de apoyo

Hacen intervenciones de salud mental al escuchar, contener y asistir a sus pacientes en forma cotidiana. Para algunas pacientes es muy importante ser escuchadas y tener la sensación de que alguien entiende por lo que están pasando, lo que en sí ya representa un elemento terapéutico.

Esta forma de apoyo tiene como objeto acompañar a la mujer en su nueva situación y ayudarla a hacerle frente. Un ingrediente importante es “normalizar” sus sentimientos; es decir, que no se la haga sentir como una fracasada, sino señalar que muchas mujeres enfrentan un problema similar. Es necesario escuchar los sentimientos, temores y fantasías de la futura o nueva madre y no insistirle en que “debería sentirse” de otro modo.

Se debe ayudar a la futura o nueva madre a no estar aislada de la compañía de otras personas queridas, parientes o amigos. El clínico puede llamar al marido o compañero y explicarle que la paciente está sufriendo de depresión, informar de los síntomas y sugerir formas concretas de ayuda. Muchos de ellos no dudarán en proporcionársela.

Psicoterapia interpersonal

La terapia tiene un enfoque en el “aquí y ahora” y se requiere que el terapeuta no dude en dar consejos y sugerencias a la mujer de cómo

enfrentar su situación. El terapeuta le explica a la paciente que sufre de depresión y le indica que se trata de un problema frecuente en esta etapa de la vida; enfatiza que los síntomas de depresión no son su culpa y la informa que la depresión es altamente tratable y que suele responder bien al tratamiento.

Visión de enfermería en atención a gestantes

El profesional en enfermería como miembro del equipo de salud debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas de mejora continua con actitud propositiva.

El ejercicio profesional de la enfermería es dinámico y por ello modificable en función de las necesidades de la población quien demanda cuidados de calidad. Al planificar la atención de enfermería a la mujer embarazada y familia en el proceso gestacional, se torna imprescindible, buscar el conocimiento de las mejores evidencias disponibles, promover la revisión de las prácticas que susciten la eliminación, mantenimiento o incorporación de otras.

La participación de la enfermera en la consulta prenatal indica la apropiación de un saber técnico científico como construcción activa, integrando la práctica y la teoría a la resolución de los problemas dentro de aquellos marcos valorativos, y no una mera recepción pasiva de acciones.

Ser reconocida por la formación de profesionales líderes con responsabilidad social, excelencia, liderazgo y preparación científica, académica, comprometidos con el cuidado integral de las personas, valorando las diferencias sociales e interculturales bajo estándares éticos, morales y cristianos en el ejercicio de la profesión de Enfermería, para responder las necesidades de la sociedad en el mejoramiento de la calidad de vida.

El profesional de enfermería logra trascender cuando brinda los cuidados necesarios a la mujer gestante y su futuro hijo, la labor de enfermería tiene implicaciones en los cuidados que se brinda a la mujer gestante, los cuales se encaminan a la atención integral desde la etapa preconcepcional, el desarrollo del autocuidado consciente, la culminación del proceso de gestación con éxito y la adaptación del nuevo ser a la vida extrauterina, de manera óptima, garantizando el desarrollo de sus potencialidades en el futuro. (2)

1.3. Trastornos de ansiedad en gestantes fármaco dependientes **Trastornos de ansiedad**

La ansiedad en la mujer embarazada juega un papel importante, ya que, como se puede evidenciar el no conocer algo va a generar cierto temor, producto de esto generando un estado de ansiedad, por lo cual, la mujer embarazada al no conocer los cambios que está atravesando, y el cómo será el proceso de parto, le genera temor y ansiedad, sumado a esto, los relatos negativos sobre el parto, los cuales, se ven presenciados durante toda la vida, ya sea por su propio círculo familiar (madre, hermanas, abuelas, etc.), como su círculo social (amigos, amigas, etc.)

La ansiedad es una anticipación de un daño o desgracia futura que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos de tensión. Es un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, podemos decir que la ansiedad podría llegar a ser deseable para sobrellevar las exigencias del día a día.

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea por un estímulo ausente, por una intensidad excesiva con relación al estímulo o si la duración es prolongada y recurre sin motivo, interfiriendo con la capacidad de análisis y ocasionando grave disfuncionalidad en el paciente. Los trastornos de ansiedad son enfermedades psiquiátricas frecuentes e incapacitantes que se caracterizan

por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

Según el Manual diagnóstico y estadístico en su quinta edición (DSM-5), los trastornos de ansiedad se dividen en: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico (TP), agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado, de tal manera que es importante identificar en los estudios realizados si se evalúan «síntomas de ansiedad» o «trastornos de ansiedad» en pacientes específicos.

Tipos de trastornos de ansiedad en el embarazo en pacientes fármaco dependientes

El uso de drogas ilegales durante el embarazo (en especial los opiáceos) puede causar complicaciones durante este periodo y graves problemas en el desarrollo del feto y del recién nacido.

En la mujer embarazada, la inyección de drogas ilegales aumenta el riesgo de infecciones que pueden afectar o ser transmitidas al feto. Entre estas infecciones se encuentran la hepatitis y algunas enfermedades de transmisión sexual (incluido el sida). Cuando las mujeres embarazadas toman drogas ilegales también es más probable que se produzca un crecimiento anormal del feto y son muy frecuentes los nacimientos prematuros.

Anfetaminas durante el embarazo

El consumo de amfetaminas durante el embarazo puede tener como resultado la aparición de defectos congénitos, en especial del corazón y un crecimiento inadecuado antes de nacimiento.

Sales de baño durante el embarazo

Se conoce como «sales de baño» a un grupo de drogas de diseño hechas a partir de sustancias similares a las anfetaminas. Cada vez son más las mujeres embarazadas que consumen estas drogas. Estas drogas pueden hacer que los vasos sanguíneos en el feto se estrechen, lo que reduce la cantidad de oxígeno que recibe el feto. Además, todos estos medicamentos aumentan el riesgo de lo siguiente: feto muerto, desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae), posiblemente, defectos congénitos.

Cocaína durante el embarazo

La cocaína tomada durante el embarazo puede hacer que los vasos sanguíneos que transportan sangre al útero y la placenta se estrechen (constricción). Como consecuencia, llegan al feto menos oxígeno y nutrientes. Si las mujeres embarazadas consumen cocaína regularmente, aumenta el riesgo de lo siguiente: aborto espontáneo, crecimiento inadecuado del feto, desprendimiento prematuro de la placenta (abrupción placentaria o abruptio placentae), nacimiento prematuro, feto muerto, defectos congénitos (incluidos los del cerebro y la médula espinal, los de las vías urinarias y los óseos).

Alucinógenos durante el embarazo

Los alucinógenos pueden (según la sustancia) aumentar el riesgo de lo siguiente: aborto espontáneo, parto prematuro, síndrome de abstinencia en el feto o en el recién nacido. Entre los alucinógenos se pueden citar los siguientes: metilendioximetanfetamina (MDMA o éxtasis), flunitracepam, ketamina, metanfetamina y LSD (dietilamida de ácido lisérgico).

Marihuana durante el embarazo

No se ha comprobado con certeza si el consumo de marihuana durante el embarazo puede provocar efectos dañinos en el feto. El principal componente de la marihuana, el tetrahidrocannabinol (THC), puede atravesar la placenta y, en consecuencia, afectar al feto. Sin embargo,

el consumo de pequeñas cantidades de marihuana no parece aumentar el riesgo de defectos congénitos ni retrasar el crecimiento del feto. La marihuana no produce problemas de comportamiento en el recién nacido, a menos que se consuma en dosis excesivas durante el embarazo.

Opiáceos durante el embarazo

Los opiáceos se usan para el alivio del dolor, pero también provocan sensación de bienestar y, si se usan en exceso, pueden causar dependencia y adicción. Como la heroína, la metadona y la morfina atraviesan muy fácilmente la placenta. Por lo tanto, el feto puede volverse adicto a ellos y padecer síntomas de abstinencia durante un periodo de tiempo que va desde las 6 horas hasta los 8 días siguientes al nacimiento. Sin embargo, el consumo de opiáceos rara vez causa defectos congénitos.

El consumo de opiáceos durante el embarazo aumenta el riesgo de que existan complicaciones durante este, como son: aborto espontáneo, presentación anómala del bebé, parto pretérmino.

Los hijos de consumidoras de heroína tienen mayores probabilidades de nacer más pequeños de lo normal.

Acciones de enfermería en pacientes fármacos dependientes con trastornos de ansiedad

Al respecto, las mujeres gestantes están pasando por una situación muy difícil, debido a que deben tratar con la adicción que las aqueja, y las contracciones y efectos que produce el embarazo, sin embargo este segundo estado, no suele ser asimilado correctamente, debido a que uno de los efectos de la heroína es la pérdida del interés personal, entonces, mucho menos habrá una preocupación por el hijo que está en su vientre, por lo tanto el personal de enfermería mediante sus intervenciones deberá restablecer en lo mayormente posible la salud y las facultades normales de las gestantes, que de acuerdo con Chambi, serían las siguientes:

- Disponer de información y escuchar a las gestantes: Las instrucciones que se deleguen a las pacientes deben ser claras, sencillas y entendibles. Debe compartirse datos sobre los efectos y consecuencias de las drogas, al mismo tiempo que se debe prestar atención a lo que comenten las gestantes, con la finalidad de que esta se sienta cómoda y libre de expresar su conformidad o descontento sobre la atención o afectación que posee.
- Identificar los factores de riesgo: Es importante que el personal de enfermería conozca cuales son los agentes riesgosos que se encuentran relacionados al consumo de drogas tales como el estrés, depresión, ausencia familiar, entre otros, con el objetivo de trabajar con la gestante en su rehabilitación.
- Control de complicaciones: Son aquellas que se derivan del embarazo, es decir, que el feto no se vea perjudicado, por lo cual debe desviarse todos aquellos factores que generen riesgos en el feto y actuar inmediatamente, inclusive solicitando la intervención del personal médico.
- Monitoreo del consumo: El profesional podrá evaluar la reducción de la ingesta.
- Ayuda psicológica, social y sanitaria: Es elemental que el equipo de enfermería, maneje diversos aspectos relacionados con el trato psicológico y social de la gestante, motivándola consecuentemente, además de apoyarla en su higiene personal.

Entre las intervenciones que deben realizar los profesionales enfermeros, se citan algunas, mediante las cuales se pueden alcanzar ciertos fines específicos, para el bienestar de la gestante:

- Escucha activa: la comunicación terapéutica de los profesionales enfermeros debe ser concisa y precisa, con énfasis en el bienestar de las gestantes.
- Identificación precoz de factores de riesgo: mientras mejor se conozca las características de las adolescentes, los profesionales de enfermería podrán conocer el porqué de su embarazo y de la adicción también, para poder contribuir al diagnóstico y al plan enfermero.

- Control de complicaciones: esta intervención tiene gran relevancia para las gestantes, porque las adicciones a tóxicos como la heroína, pueden afectar gravemente la estabilidad de las madres y del feto, cuyas complicaciones pueden ser leves o graves y deben controlar precozmente.
- Monitoreo del consumo: solo de esta manera, se podrá comprobar que la utilización de la heroína está en franca disminución.
- Ayuda psicológica y social, además de la promoción de la salud: En este componente se encuentra implícito la humanización del servicio de enfermería, mediante el apoyo psicológico y social de la gestante adicta.

Así mismo, durante el parto las mujeres con adicción a ciertas sustancias psicoactivas experimentan altas tasas de ansiedad y aumento del dolor intraparto, es aquí donde las enfermeras intervienen para brindar un cuidado no farmacológico, manejando el estrés con el uso de duchas de agua tibia, bañera con hidromasaje, cambios posicionales, contrapresión, apoyo para caminar y ponerse en cuclillas.

De la misma forma que diferentes afecciones, síndromes o patologías cuentan cuidados específicos para su tratamiento por parte del personal de enfermería, las gestantes con adicciones a drogas no serían la excepción, aún más el servicio que deberían percibir tiene que estar destinado a la atención prioritaria para tanto para la madre como el hijo, cuyo objetivo recae en mejorar el estado de salud y optimizar la calidad de vida de los mismos. (3)

1.4. Trastorno de la salud mental por el uso de sustancias adictivas en el embarazo

Los trastornos por el uso de sustancias generalmente implican patrones de comportamiento en los que las personas continúan consumiendo una sustancia a pesar de experimentar problemas derivados de ello. El consumo de drogas por vía parenteral durante la gestación está ligado a una gran variedad de complicaciones médicas y obstétricas,

debidas tanto a la acción directa de la droga dentro de los principales trastornos mentales que se presentan en esta etapa se encuentran: los trastornos de adaptación, el trastorno de pánico, trastorno de la conducta alimentaria, estados de tristeza, la ansiedad y la depresión, siendo estos dos últimos los más frecuentes.

Uso de sustancias adictivas como afecta en el embarazo

El consumo de drogas ilícitas durante la gestación conduce a una situación de alto riesgo para la madre y el feto. Los efectos que más suelen darse debido al consumo de drogas en el embarazo es la alteración en el crecimiento y desarrollo del producto, patología placentaria y uterina, muerte in útero (óbito) y prematuridad, problemas del recién nacido para adaptarse a la vida extrauterina, daño posnatal. Probablemente el vasoespasmo que causa la droga a nivel placentario y en el feto mismo, puede ocasionar diversas malformaciones a nivel genito-urinario, cardíaco, intestinal y cerebral, principalmente. El daño que la droga ocasiona en el cerebro puede causar un desarrollo inadecuado de éste, un proceso destructivo o una reacción anormal del tejido cerebral a dichas situaciones. Se ha reportado la existencia de agenesia del cuerpo calloso, ausencia del *septum pellucidum*, displasia septo-óptica, grave alteración de la migración neuronal en la sustancia blanca, disgenesia retiniana y colobomas, así como infarto cerebral, hemorragia subaracnoidea, subependimaria o intraventricular, sobre todo cuando el cerebro es expuesto a la cocaína, próximo al nacimiento del producto. La cocaína aumenta 10 veces el número de hemorragias intrauterinas o desprendimiento de la placenta. Ello favorece la muerte del producto in útero (óbitos).

El desarrollo de trabajo de parto prematuro incrementa el riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta y es la consecuencia de un incremento en la contractilidad uterina y del aumento de las catecolaminas circulantes. Con frecuencia estos niños nacen con talla, peso y perímetro cefálico menor al esperado para su edad gestacional. Ello es consecuencia de una deficiente transferencia de nutrientes al feto por una disminución del flujo sanguíneo placentario.

Así como también una minoría de recién nacidos cuyas madres consumieron o consumen cocaína, desarrollan un síndrome neurológico caracterizado por patrón del sueño anormal, temblores, poco apetito, irritabilidad y, ocasionalmente, crisis convulsivas de corta duración.

Generalmente, la gestante drogodependiente, no sólo utiliza una única sustancia, sino que suele consumir otras drogas, por lo que los efectos nocivos sobre el binomio materno-fetal estarán aumentados. La mayoría de las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta por difusión pasiva, afectando al feto, además de esto, hay que tener en cuenta la vía de administración utilizada, dosificación, la duración del consumo, y el periodo gestacional en el cuál ocurre la exposición.

La gestante drogodependiente está en riesgo de exclusión social y esta situación junto con los efectos tóxicos de las drogas puede conducir a numerosos problemas durante el embarazo, tanto para la madre como para el feto. Las mujeres que son adictas a drogas parenterales, se encuentran también en riesgo de contraer infecciones graves como el VIH, hepatitis b y C, e incrementando la posibilidad de transmisión vertical en el recién nacido.

Acciones de Enfermería

Los profesionales de enfermería deben de desarrollar acciones que vayan encaminadas en lograr un mejor control de la mujer embarazada consumidora de sustancias ilegales y a conseguir la abstinencia o en su defecto la disminución de la cantidad de consumo.

Identificación /captación

Como es evidente, el primer paso a seguir es reconocer a todas las mujeres embarazadas y que realizan un consumo de alcohol, sea del tipo que sea, así como a todos los factores de riesgo asociados. Este paso no siempre puede resultar sencillo, ya que existen aquellas gestantes que niegan su consumo, por lo que pasarán desapercibidas y no serán incluidas en el programa.

Todos los miembros del equipo sanitario tienen la responsabilidad de identificar a estas mujeres, pero la enfermería, por sus características, ocupa un papel importante en este ámbito.

Cuantificación de la cantidad ingerida

Una vez identificada la mujer gestante consumidora de drogas es necesario establecer la cantidad aproximada que es ingerida en un período de tiempo determinado. El hecho de conocer la cantidad y frecuencia de consumo es básicamente orientativo, pues como se ha indicado previamente, no existe una cantidad segura de droga que pueda usar una embarazada, cualquier cantidad puede suponer un riesgo.

Seguimiento de la gestante

Con un adecuado seguimiento de la mujer gestante identificada previamente como consumidora de drogas se debe garantizar un aumento del bienestar y calidad de vida de ésta y de su futuro hijo.

El seguimiento de la mujer se realizará en función de las características de la misma y de la cantidad de droga que ingiera.

El personal de enfermería debe tener en cuenta que el seguimiento puede ser muy complicado en grandes consumidoras y en mujeres con problemas sociales relacionados, por lo que estas personas requieren de un esfuerzo añadido para lograr el mantenimiento dentro del programa.

Apoyo sanitario, psicológico y social: La enfermera debe representar un apoyo en todos estos aspectos sin menospreciar ninguno, pues es posible que la clave del éxito del programa se encuentre dentro de alguno de ellos. Como se ha expuesto, cabe la posibilidad de que el consumo de drogas esté condicionado por algún factor psicológico o social. La derivación a otros profesionales (médicos de familia, ginecólogos, psicólogos, trabajadores sociales, equipo de drogodependencias, etc.) no exime a la enfermería de la responsabilidad de un adecuado seguimiento.

Todas las manifestaciones clínicas o síntomas que presentan los bebés dependerán directamente de la sustancia tóxica que la madre consume a lo largo de su gestación. En cuanto a la acción de todo químico que ingresa al organismo tiene una acción por determinado tiempo en el que el cuerpo va eliminando poco a poco a través del tiempo y lo llamamos la vida media en este caso las drogas que están prolongadas en el feto, comparada con el adulto. La madre hace parte de un proceso de interacción y desarrollo, cuando esta logra el apego con su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta una serie de emociones a lo largo de este proceso. (4)

1.5. Trastornos obsesivo-compulsivos durante el posparto en pacientes farmacodependiente

Una buena salud mental es crucial para asegurar el bienestar de la gestante durante su proceso del postparto. Estos trastornos obsesivos compulsivos se caracterizan por un patrón de pensamientos y miedos no deseados obsesiones que provocan comportamientos repetitivos compulsiones. Estas obsesiones y compulsiones interfieren en las actividades diarias y causan un gran sufrimiento emocional. En las causas las principales teorías son:

Biología: El TOC puede resultar del cambio en la química natural del cuerpo o en las funciones cerebrales.

Genética. EL TOC puede tener un componente genético, pero aún no se han identificado genes específicos.

Aprendizaje: Los miedos obsesivos y los comportamientos compulsivos se pueden aprender al observar a los familiares o de forma gradual a lo largo del tiempo.

Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar trastorno obsesivo compulsivo se incluyen los siguientes:

Antecedentes familiares: El hecho de tener padres u otros miembros de la familia con el trastorno puede aumentar el riesgo de desarrollar trastorno obsesivo compulsivo.

Acontecimientos estresantes en la vida: Si has experimentado eventos traumáticos o estresantes, tu riesgo puede aumentar. Esta reacción puede, por alguna razón, desencadenar los pensamientos intrusivos, los rituales y el sufrimiento emocional característicos del trastorno obsesivo compulsivo.

Otros trastornos de salud mental: El trastorno obsesivo compulsivo puede estar relacionado con otros trastornos de salud mental, como los trastornos de ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de tic.

Complicaciones: Los problemas derivados del trastorno obsesivo compulsivo pueden incluir los siguientes, entre otros:

- El tiempo excesivo dedicado a los comportamientos rituales
- Cuestiones de salud, como la dermatitis de contacto por el lavado frecuente de manos
- Dificultad para asistir al trabajo, la escuela o las actividades sociales
- Relaciones problemáticas
- Mala calidad de vida en general
- Pensamientos y comportamiento suicidas.

Tipo de trastornos psicológicos más frecuentes durante el embarazo

Los trastornos psiquiátricos neurológicos se pueden describir de la manera siguiente:

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: como el TAG, también está vinculado a episodios de una fuerte ansiedad, pero en este caso también hay otros dos elementos clave: obsesiones y compulsiones. Las

primeras son pensamientos intrusivos y catastróficos que generan un gran malestar y que la persona lucha por eliminar de su consciencia.

En mujeres embarazadas, el toc está relacionado al hecho de que hay un motivo extra por el que preocuparse:

Que la gestación y el nacimiento vayan bien. Como las complicaciones en el embarazo pueden ser graves, la posibilidad de que algo vaya mal es capaz de infiltrarse en la consciencia de la mujer embarazada y hacer que se imagine lo peor.

La tristeza y la desesperanza suelen estar vinculadas al desasosiego por todo lo que ocurre en el presente, en algunos casos aparece la nostalgia con el pasado, combinada con la certeza de que esos momentos no volverán.

SÍNTOMAS DE OBSESIÓN: Miedo a la contaminación o a la suciedad. Dudar y tener dificultades para tolerar la incertidumbre. Necesidad de tener las cosas ordenadas y simétricas.

Pensamientos agresivos u horribles sobre la pérdida de control y el daño a sí mismo o a otros.

Pensamientos no deseados, incluida la agresión, o temas sexuales o religiosos. Algunos ejemplos de los signos y síntomas de la obsesión incluyen lo siguiente: Miedo a ser contaminado por tocar objetos que otros han tocado. Dudas de que hayas cerrado la puerta o apagado la estufa. Estrés intenso cuando los objetos no están ordenados o posicionados de cierta manera. Imágenes de conducir tu automóvil entre una multitud de gente. Pensamientos sobre gritar obscenidades o actuar inapropiadamente en público. Imágenes sexuales desagradables. Evitar las situaciones que pueden desencadenar obsesiones, como el apretón de manos.

SÍNTOMAS DE LA COMPULSIÓN: Al igual que las obsesiones, las compulsiones suelen tener temas como: Lavado y limpieza. Comprobación. Recuento. Orden Seguir una rutina estricta. Exigir tranquilidad

Algunos ejemplos de signos y síntomas de compulsión incluyen los siguientes: Lavarse las manos hasta que la piel se vuelve áspera. Comprobar las puertas repetidamente para asegurarnos de que están cerradas. Revisar la cocina repetidamente para asegurarnos de que está apagada. Contar en ciertos patrones. Repetir en silencio una oración, palabra o frase. Arreglar las conservas para que tengan el mismo frente.

Periodo a nivel postparto

Madre con trastorno obsesivo compulsivo post-parto: Una madre sin un TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) post-parto puede tener pensamientos que le generen malestar o le inquieten, como por ejemplo que el bebé se pueda resbalar mientras le baña. La diferencia con una madre TOC es que para la primera ese pensamiento será pasajero, no creará en él ni le dará especial importancia y se le pasará; para la segunda, la aparición de ese pensamiento es recurrente e intrusivo, llegando hasta tal punto que le dará un valor de verdad que le hará temer la realidad de que suceda.

Este tipo de pensamientos suele estar centrado en el miedo a poder lastimar al bebé, como, por ejemplo: tirarles a las vías del metro, acuchillarle, tirarle de la cuna, meterle en la lavadora, ahogarle, etc.

Aunque no hay unanimidad respecto a las causas que provocan un TOC, los cambios físicos y hormonales que se producen tras el parto podrían estar contribuyendo a la aparición del trastorno. Además, aquellas mujeres que antes del parto sufrieron trastornos de ansiedad o TOC tienen una mayor vulnerabilidad.

La terapia cognitivo conductual arroja resultados muy positivos con su tratamiento a mujeres con Trastorno

Obsesivo Compulsivo post-parto. El manejo de los pensamientos obsesivos, así como la reducción e incluso eliminación de los rituales, permite que poco a poco la madre vaya encontrándose mejor. En casos graves se considera necesaria la toma de fármacos que ayuden a reducir ese flujo de pensamientos obsesivos, así como la ansiedad existente.

La decisión de indicar tratamiento farmacológico en las embarazadas con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) siempre debe ser individualizada.

Cuando se opta por la terapia farmacológica de elección son la sertralina, el citalopram o el escitalopram, en tanto que la risperidona se considera el mejor antipsicótico. Los antidepresivos de segunda, tercera y cuarta líneas son la fluvoxamina, la fluoxetina y la paroxetina, clomipramina o venlafaxina, en ese orden. Igualmente, los antipsicóticos de segunda, tercera y cuarta líneas consisten en el haloperidol y la quetiapina, la olanzapina y el aripiprazol, en ese orden.

En todo el proceso se valorará la reacción psicológica de la madre debido al proceso, su adaptación a él y sus capacidades.

Cuidados de enfermería en el puerperio

- Bioseguridad, es el Conjunto de medidas y normas preventivas, y esta destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos.
- Disminuir la conducta inhibida, nos permitirá que el usuario se sienta seguro a verbalizar sus pensamientos.
- Aumentar la autoestima del usuario, nos permitirá que el usuario pueda tomar decisiones y mejorar su aspecto
- Brindar orientación al usuario en la realidad (tiempo-espacio-per-

sona), permite que el usuario tome conciencia de sí mismo y disminuya la ansiedad.

- Incrementar la capacidad del usuario diferenciando el concepto de sí mismo y el medio externo, nos permite que el usuario distinga lo real de lo que no es
- Brindar apoyo al paciente sobre los límites del yo, nos permitirá disminuir el miedo del usuario
- Administrar psicofármacos, permitirá seguir con el régimen terapéutico y disminuir la sintomatología del paciente
- Brindar un ambiente seguro al usuario, permitirá que el usuario se sienta cómodo y disminuya su inseguridad.
- Brindar el apoyo a usuario a disminuir agresividad, Lograremos que el usuario mantenga su equilibrio y pueda realizar actividades
- Realizar el registro de enfermería, es el registro de las observaciones, cuidados, procedimientos y medicamentos administrados al paciente.
- Es recomendable dividir la dosis total del tratamiento en varias tomas y no dar el pecho inmediatamente después de tomar la mediación.
- Debe vigilarse la aparición de signos de depresión del SNC en el lactante reflejo de succión débil, somnolencia excesiva, escaso aumento de peso, sobre todo cuando se emplean fármacos sedantes.

Durante el postparto se deben disminuir las dosis de aquellos medicamentos cuya dosis se había aumentado durante la gestación para compensar el aumento de aclaramiento plasmático.

En general es mejor hacerlo de forma progresiva y según las características farmacocinéticas de cada fármaco y la gravedad de la epilepsia materna. (5)

1.6. Principales enfermedades de salud mental en gestante con alcoholismo y los cuidados de enfermería

La gestación es un período en la vida de la mujer que la expone a diversos cambios físicos y psíquicos. Es en este momento de su vida cuando la mujer es más susceptible a desarrollar trastornos mentales, los cuales pueden estar relacionados con bajo nivel de escolaridad y / o socioeconómico, estar soltero o separado, no tener empleo, ser fumadora, alcohólica y tener antecedentes familiares de enfermedad mental.

Pues los trastornos mentales comunes (TMC) están compuestos por síntomas depresivos no psicóticos, ansiedad y quejas somáticas que influyen en el desempeño de las actividades diarias.

Los síntomas que caracterizan esta esfera son: problemas de atención y memoria, tristeza, vigilia, pesadez, neurastenia, el presentimiento de inutilidad, quejas somáticas, entre otros.

Y la OMS calcula que, en todo el mundo, cerca de dos mil millones de personas consumen alcohol, y cerca de 76.3 millones podrían ser diagnosticados de trastornos por consumos de alcohol.

El alcohol está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.

La salud mental en gestante

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Pero el bienestar no se evalúa de forma rutinaria y muchas mujeres embarazadas o en período de puerperio en situación de riesgo no son identificadas como personas con un mal estado de bienestar y se pierde la oportunidad de detectar cuadros de ansiedad, estrés y problemas para lidiar con situaciones. Sin embargo, la depresión posparto (DPP) se evalúa rutinariamente en muchos países del mundo y algunos países también son partidarios de examinar la depresión preparto.

El embarazo puede ser un momento único y bonito y socialmente se suele dar por hecho que una mujer embarazada está feliz. Pero el embarazo y los meses posteriores pueden comportar cambios que puedes hacer variar este estado de felicidad a un estado completamente diferente. El 5 de mayo se celebra el Día Mundial de la Salud Mental Materna para concienciar socialmente y dar a conocer esta realidad. Es importante visibilizar que existe este día porque hay una serie de trastornos asociados a la maternidad o al periodo perinatal, que es un momento de mucha vulnerabilidad. Precisamente, el parto y el posparto son etapas muy estresantes: hay cambio de roles, de horario, los bebés duermen pocas horas seguidas. Todo esto termina provocando una carga muy importante a pesar de que el embarazo sea deseado, se producen cambios bioquímicos, fisiológicos y en el día a día familiar.

Principales enfermedades de la salud mental en embarazada con alcoholismo

La gestación es un período que provee de experiencias gratificantes y complejas a la mujer pues alrededor de 1980, el embarazo se asociaba en lo particular a un estado de bienestar emocional y ausencia de enfermedad mental, pero fue la psiquiatra Gisela Oppenheim quien por primera vez cuestionó esta premisa y marcó el inicio de una serie de estudios de las enfermedades mentales de las embarazadas y sus efectos sobre las madres y sus hijos.

Destacando esta perspectiva, existen consensos en la actualidad que afirman que la vulnerabilidad de las mujeres a presentar ciertos trastor-

nos mentales se puede incrementar en periodos específicos de su vida reproductiva como el embarazo. Se sabe que durante la gestación los cambios fisiológicos que ocurren en la mujer, como la interacción de componentes hormonales y factores externos, afectan la salud mental de la madre, lo que la hace más susceptible a padecer un trastorno mental.

Es importante resaltar que dentro de los principales trastornos mentales que se han estudiado en esta etapa se encuentran: los trastornos de adaptación, el trastorno de pánico, el abuso de sustancias psicoactivas, trastorno de la conducta alimentaria, estados de tristeza, la ansiedad y la depresión, siendo estos dos últimos los más frecuentes. Asimismo, los trastornos psicóticos como la esquizofrenia paranoide, el trastorno bipolar y otros, pueden empeorar durante la gestación y por consiguiente investigaciones muestran que la prevalencia de depresión es del 23,6 % de las mujeres embarazadas y la prevalencia de tamizaje positivo para ansiedad es del 40,7%.

Primordialmente la ansiedad tiene una alta prevalencia durante el embarazo, esta presentada como un trastorno de ansiedad generalizado se caracteriza por presentar preocupación excesiva y no controlada e incluye otros síntomas psicológicos (aprehensión e irritabilidad) y somáticos (fatiga y tensión muscular) este trastorno se define como, ansiedad excesiva en relación a circunstancias objetivas en la vida, incontrolable y difusa. Estudios incluidos demostraron que la ansiedad durante el embarazo fue el principal predictor de consumo de alcohol durante el periodo antenatal, y las principales causas de ansiedad materna asociadas con el uso de bebidas alcohólicas fueron: temor de tener un hijo discapacitado y del impacto del embarazo en la apariencia corporal. Se ha observado cierto grado de reticencia por parte de los pacientes y sus familiares al mencionar que los síntomas que se originan por preocupación excesiva pueden representar una enfermedad debido, la paciente puede experimentar vergüenza e incredulidad debido a su agitación emocional, al disminuir la importancia de su su-

frimiento por relacionar su disfunción como resultado de su preocupación excesiva.

A esto se suma en segundo lugar que durante el embarazo se incrementa la vulnerabilidad de presentar depresión la cual es un trastorno anímico donde predominan los sentimientos negativos como la tristeza, culpa, ideas suicidas, alteraciones como falta de apetito, disminución de interés, insomnio, entre otras cuyo factor de riesgo asociado es el consumo de sustancias psicoactivas en este caso el alcohol.

Referenciando otra enfermedad mental se evidencia el trastorno bipolar la cual es una enfermedad crónica caracterizada por fluctuaciones en el estado de ánimo y en la energía, que durante el embarazo se confiere por múltiples factores de riesgos entre ellos el consumo de alcohol. Además de ser uno de los desórdenes psiquiátricos más heredables, es afectado por la interacción del ambiente en el que se desarrolla la persona.

Por otra parte, las embarazadas con tales trastornos tienden a adoptar e incrementar comportamientos de riesgo entre los cuales se destacan el abuso de tabaco, alcohol y drogas, inadecuada alimentación, entre otras y es en este sentido donde es necesario realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados para evitar la cronicidad de los síntomas y sus efectos.

Cuidados de enfermería

Por supuesto se plantea que los trastornos mentales, las emociones negativas como la ansiedad, la tristeza, la soledad, la baja autoestima o la ira muchas veces se encuentran en el origen y mantenimiento del alcoholismo, ya que el paciente utiliza el alcohol para huir de ellas pues el consumo de alcohol proporciona al paciente una sensación placentera donde al encontrarse bajo sus efectos olvidan las consecuencias en este caso en su estado de concepción, por lo que la orientación clínica destaca la importancia de identificar la depresión y otros trastornos mentales.

Por lo tanto, los cuidados de enfermería engloban una serie de actividades dirigidas a satisfacer las necesidades que se encuentren incompletas o alteradas en la paciente embarazada consumidora de alcohol y con estados depresivos, estas incluyen;

- Atención primaria, prevención, es responsabilidad de Médicos, enfermeras, trabajadores sociales el preguntar a la paciente si su estado de ánimo ha experimentado un cambio importante en los últimos días y referirla o solicitar una interconsulta al servicio de psicología para valoración y dar información general sobre signos y síntomas de alarma se les brindara psicoeducación con el objetivo de explicar a la mujer la importancia de preservar su salud emocional durante el embarazo.
- Conformación historia clínica
- Entrevista, es de relevancia debido a que se obtiene información de importancia como el tiempo de consumo de alcohol, la cantidad ingerida, la presencia de cambios del estado de ánimo, entre otras.
- La valoración enfermera siendo útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia o a la comunidad y no solamente en una situación de enfermedad, esto incluye ficha de identificación, valoración familiar, antecedentes patológicos familiares
- Valoración por dominios o patrones funcionales de Marjory Gordon
- Realización de exámenes de detección prenatales ya que la mayoría de los trastornos depresivos posnatales comienzan durante o antes del embarazo, exámenes biológicos de orina y sangre para la detección del consumo de alcohol. Se ha descubierto que la ansiedad durante el embarazo está asociada con la depresión, así como con los resultados adversos del embarazo y se intensifican con el uso del alcohol.
- Planteamientos diagnósticos según el NANDA (north american nursing diagnosis association) la cual es una herramienta para diseñar planes de cuidados junto con el NIC (clasificación de intervenciones de enfermería) y NOC (clasificación de resultados de enfermería).

Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales (DSM-V) e Investigaciones centradas en la identificación de la depresión perinatal, mediante sus revisiones recomiendan la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y la escala de desesperanza de Beck, las cuales buscan dividir a la población evaluada en 2 grupos (pacientes en riesgo de depresión y sin riesgo de depresión) para identificar el riesgo de depresión en las pacientes embarazadas, cribado sobre consumo de alcohol identifica el nivel de riesgo asociado con el consumo de bebidas alcohólicas mediante la herramienta T-ACE que incorpora cuatro preguntas relacionadas con la Tolerancia al alcohol, el hecho de molestar (Annoying) a los demás con la bebida, la sensación de que la supresión (Cutting down) está indicada y la necesidad de una revelación (Eye opener) por la mañana o el (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test) que es otra prueba de detección del abuso de alcohol, en el caso del trastorno bipolar el paso más importante en el manejo es confirmar que el diagnóstico de Trastorno Bipolar sea el correcto el Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo (Mood Disorder Questionnaire (MDQ) es un método para su diagnóstico el manejo terapéutico está basado en el abordaje medicamentoso esto representa un reto complejo y desafiante en el periodo perinatal.

- Planes de enfermería dirigidos a los procesos de maternidad ineficaz y riesgo de alteración de la diada materna/fetal relacionado con abusos de sustancias, objetivos Noc encaminados a la conducta de abandono del consumo de alcohol, intervenciones NIC donde destacan: cuidados prenatales, instruir a la paciente sobre los efectos de la exposición o de la ingestión de sustancias perjudiciales como el alcohol (abstinencia), instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren notificación inmediata, comentar la importancia del participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación.
- Los cuidados enfermeros primordialmente tienen un fin profiláctico preventivo donde se realizan intervenciones de promoción para los problemas de depresión como: Brindar apoyo para enfrentar la nueva situación a su llegada al hogar, informar a la

madre los factores de riesgo que el equipo de salud ha podido detectar, informar a la madre y a la pareja sobre la posible aparición de tristeza en los primeros días después del parto, informar a la madre y a la pareja los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal, pues las intervenciones de tipo psicológico dadas por el personal de salud, como la psicoterapia, han mostrado una importante eficacia en el tratamiento de la depresión en el embarazo en países de medianos y bajos ingresos. Se ha descrito la importancia de la intervención a través de la psicoterapia, dado su impacto positivo en el bienestar materno-fetal y en el entorno familiar.

Finalmente, las enfermeras pueden utilizar los resultados del cribado sobre consumo de alcohol cuando realizan una intervención informativa con los pasos de la Entrevista Informativa Negociada los cuales son cuatro; plantear el problema, aportar comentarios, aumentar la motivación, negociar y asesorar. (6)

1.7. Actuación de enfermería en tocofobia en gestante fármaco dependiente

La Tocofofia es un miedo patológico que se puede desarrollar en cualquier mujer, generalmente si se encuentra entre la etapa de la adolescencia) el periodo anterior a la llegada de la menopausia.

El término tocofofia proviene del griego “tokos” (nacimiento) y “phobos” (miedo) y, tal y como indica su nombre, se trata de una fobia que debe ser tratada por un especialista. La tocofofia también se conoce con los nombres de parturifobia, maieusifobia y locquiofobia.

La tocofofia puede clasificarse en dos, la tocofofia primaria) la tocofobiasecundaria. La tocofofia primaria la desarrollan las mujeres que aún no han sido madres) suele relacionarse con traumas infantiles o abusos sexuales. En el momento en que estas mujeres empiezan a tener relaciones sexuales, demuestran una obsesión por los métodos an-

ticonceptivos, porque quieren evitar a toda costa el embarazo. Por otro lado, la tocofobia secundaria se presenta luego de un parto difícil, es decir, que el miedo es consecuencia de una mala experiencia previa. Es habitual en muchas mujeres que el embarazo sea una razón de celebración, un motivo que, por lo general, provoca alegría. Aunque esto sea así en la mayoría de ellas, hay un tanto por ciento que presenta cierta preocupación o temor a afrontar tanto los nueve meses de embarazo como el parto, lo que las lleva a presentar lo que se denomina tocofobia. Una mujer puede sufrir tocofobia por una variedad amplia de razones. He encontrado mujeres que tienen dificultad en verse como madres lo que se debe, generalmente, a problemas en su propia infancia o con su relación materno filial. Otras pueden tener miedo de enfermar o tener inconvenientes durante el embarazo o el proceso del parto. Hay documentación que explica, incluso, que las mujeres que sufren tocofobia podrían haber sido víctimas de violación o abuso sexual”.

El embarazo y el parto son dos procesos naturales pero extremadamente complejos, en los que la mujer pasa por muchas etapas diversas a lo largo de nueve meses. Para algunos, aunque suene peculiar, la sola idea les provoca un terror y un disgusto tales que van mucho más allá de los grados normales de ansiedad. El miedo intenso al embarazo y el parto se conoce como ‘tocofobia’.

Se trata de una angustia debilitante, una variedad de respuestas físicas basadas en el pánico y el asco. A menudo tiene un impacto notable en las relaciones y elecciones de vida de una persona, lo que puede privar a la persona de relaciones significativas o hijos deseados.

Más del 50% de las mujeres embarazadas toman medicamentos u otras drogas en algún momento del embarazo. Estos pueden ser medicamentos con o sin receta médica, drogas de tipo social, como el tabaco y el alcohol, o drogas ilegales. El uso de medicamentos o drogas en el embarazo va en aumento. Sin embargo no se deben tomar medicamentos durante el embarazo a no ser que sean necesarios por-

que muchos pueden causar lesiones al feto. Alrededor del 2 al 3% de todos los defectos congénitos son debidos al uso de medicamentos para tratar un trastorno o un síntoma.

A veces los medicamentos son esenciales para la salud de la mujer embarazada y para el feto. En estos casos, la mujer debe hablar con su médico u otro profesional de la salud sobre los riesgos y beneficios de tomar el medicamento. Antes de tomar algún medicamento (incluidos los que no necesitan receta) o suplemento dietético (incluso las hierbas medicinales), una mujer embarazada debe consultar con su médico. Un profesional de la salud puede recomendarle tomar vitaminas y minerales durante el embarazo.

Tocofobia consiste básicamente en el miedo tanto al embarazo como al parto. Así, las mujeres que padecen esta fobia tienden a tener un miedo patológico al momento de dar a luz, motivo por el cual suele ser habitual que eviten la gestación o dar a luz por completo de manera natural. Consiste en una condición mental basada en el miedo severo o pavor al parto. Se estima que afecta a entre un 10 a un 14 por ciento de las mujeres, y puede llegar a ser lo suficientemente grave como para pedir una cesárea (en lugar de tener un parto vaginal).

Es más, de acuerdo a una investigación publicada en el año 2018, se ha encontrado que, desde el año 2000, las tasas de este trastorno han aumentado considerablemente. Aunque tanto el embarazo como el parto son acontecimientos importantes en la vida de todas las mujeres, convirtiéndose así en un momento de grandísima alegría, también puede caracterizarse por ser una fuente de enorme ansiedad y estrés.

Relevancia en farmacodependiente

La farmacodependencia tiene lugar cuando la gestante necesita consumir uno o más medicamentos o drogas para actuar normalmente. Esta persona puede padecer una afección médica, como presión arterial elevada o dolor crónico, para la cual deba tomar medicamentos

a fin de mantener su calidad de vida. Si bien esta situación podría considerarse una forma de farmacodependencia, probablemente no represente un problema. Sin embargo, esta dependencia se convierte en un motivo de preocupación médica cuando la persona consume drogas ilegales o medicamentos recetados en forma excesiva. La farmacodependencia a veces se utiliza como sinónimos. Muchos adictos dependen de las drogas o los medicamentos para funcionar. No obstante, es posible ser farmacodependiente sin ser adicto, que es lo que suele ocurrir en los pacientes que dependen de algún medicamento para controlar una afección médica crónica.

La tocofobia en gestantes farmacodependiente se ha relacionado con consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal, poniendo en riesgo la vida de la madre y su hijo.

También se ha asociado con trastornos neurológicos y neuro comportamentales en el recién nacido y niño en su primera infancia, catalogados muchos de éstos como irreversibles, a punto de partida de una situación que, en efecto, es 100 % prevenible. Históricamente en el conocimiento popular el uso de drogas ha estado fuertemente ligado al consumo de drogas ilegales, dejando de lado el uso de las drogas legales, socialmente aceptadas, como el tabaco y el alcohol, de las cuales existe una fuerte evidencia de sus efectos tóxicos si se consumen durante la gravidez, siendo muchos de estos efectos independientes de la dosis consumida.

En mujeres que padecen esta condición y sumado a ello la farmacodependencia siempre va a existir riesgos en su embarazo debido a que la mayoría de las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta por difusión pasiva, pudiendo así ejercer su toxicidad sobre el feto. El tipo y magnitud del daño dependerán de la o las drogas consumidas, vía utilizada, dosis y duración del consumo, así como la etapa del embarazo en el cual ocurre la exposición. El consumo de dos o más sustancias psicoactivas en forma secuencial o simultánea se denomina policonsu-

mo. Este patrón de consumo es muy frecuente en usuarios de drogas y habitualmente genera dificultades para establecer una clara relación entre la exposición a una 14 sustancia y una complicación existente, la cual podría ser debida a una o más sustancias. Estudios experimentales en animales y reportes de casos clínicos o de series con un número limitado de pacientes han permitido estudiar con más profundidad los efectos de las drogas de abuso sobre el binomio materno-fetal.

Acciones de enfermería en tocofobia

No es lo mismo que el temor, en el sentido de que quien sufre una fobia está imposibilitado.

La mayor parte de nosotros tiene miedo de experimentar cosas nuevas; sin embargo, lo hacemos sin demasiada ayuda. En el caso de una fobia no tratada, para quien la sufre no hay ninguna posibilidad de enfrentar la situación. Cuando la mujer que sufre esta fobia está embarazada y no puede imaginar el momento de parir porque le da terror, el problema se vuelve más grave todavía.

Cuando la ansiedad por la cercanía del parto escala hasta extremos insostenibles, la única manera de solucionarlo es mediante terapias. Incluso si no estás sufriendo una fobia pero sí te notas algo más ansiosa de lo normal, la hipnosis y las terapias cognitivas pueden ser muy efectivas para brindarte herramientas para atravesar esta experiencia. Además lo más ideal es trabajar con la paciente todo su proceso de parto, desde la parte fisiológica hasta las posibles consecuencias. Saber qué se hace primero y qué se hace después (por parte de médicos y enfermeros), con esto se ayudará a estar más consciente de lo que sucederá en el quirófano. Conocer también en qué lugar será el parto y saber más sobre el doctor (que mayormente es el mismo ginecólogo), hará que sienta más confianza a la hora de recibir su bebé.

Incluso se puede sugerir a la paciente dialogar con los profesionales sobre lo que la atemoriza y estudiar cómo pueden disminuirlo. Crear

un plan de parto es excelente idea, y este grupo los aplica, donde se especifique lo que más aterrará a la mujer a la hora de tener su bebé, para así buscarle una solución antes del gran día. Este puede ponerlo en práctica desde casa, y así disminuir los niveles de estrés y elevar la felicidad para tan esperado día. (7)

1.8. Acciones en el Ecuador para una buena salud mental en la gestante

El período del embarazo es una de las etapas de la vida de una mujer que despliega varios cambios físicos y psicológicos, que están asociados a una mayor latitud de su salud mental. El apoyo constante de la sociedad y las familias son fundamentales en todos los ciclos de la vida, y es importante para los momentos estresantes que ocurren en el día a día, sobre todo en épocas que ocurren algunas alteraciones psicosociales y fisiológicas, como es el caso de la gravidez.

La presente investigación tiene como objetivo general identificar las políticas sanitarias y derechos humanos que velan por la salud mental de la gestante y sobre las acciones que se debe llevar a cabo en el ámbito nutricional y ambiental para un adecuado mantenimiento de la salud mental en la mujer embarazada.

Derechos humanos que se deben llevar a cabo con la gestante

Los derechos de la mujer embarazada se derivan de la Declaración de los Derechos Humanos, aprobada en 1948, y de las posteriores declaraciones y convenciones que la ONU ha adoptado para visibilizar los derechos de la mujer sin distinciones de raza, edad, origen, nacionalidad, religión o condición social.

La mujer embarazada tiene derecho, a la integridad, la seguridad y a unas condiciones dignas y saludables para la sana evolución de su estado, la atención del parto y el proceso de recuperación o de posparto. Sin embargo, y a pesar de que desde el año 1791 existe una Declaración Universal de los Derechos de la Mujer, que fue redactada por

Olimpia de Gouges, los derechos de la mujer y de la mujer embarazada dependen del nivel de compromiso que muestren las sociedades y los gobiernos en distintas partes del mundo. Algunos de ellos las han institucionalizado y posteriormente las han traducido a leyes, códigos, normas y reglas de obligado cumplimiento. Otros, por el contrario, se niegan a reconocer tales nociones y no las aplican.

De tal modo, cuestiones como la igualdad, la conciliación laboral, el sufragio y el embarazo se abordan desde el marco jurídico y legal de cada país o, a lo sumo, de cada zona, aunque con el seguimiento y la observación de organismos como las Naciones Unidas y otras organizaciones vinculadas a este campo.

Las mujeres de todas las culturas, edades, niveles de ingresos y razas pueden desarrollar trastornos del estado de ánimo y ansiedad perinatales. Los síntomas pueden aparecer en cualquier momento durante el embarazo y los primeros 12 meses después del parto; para ello existen opciones de tratamientos eficaces y basados en la evidencia disponible para ayudar a las mujeres a recuperarse, tales como las intervenciones psicológicas y sociales que, de acuerdo con la OMS, deberían ser la primera línea de tratamiento en caso de depresión durante el embarazo y el posparto.

Fortalecimiento en los ambitos psicologicos nutricionales y ambientales para una buena salud mental en la gestante

El estrés y la enfermedad mental materna pueden afectar directamente al feto y al recién nacido con impacto sobre su desarrollo físico, cognitivo y emocional que puede perdurar en el tiempo. La atención y los cuidados hacia la salud mental de la madre proporcionan el apoyo necesario para que las mujeres puedan ampliar sus recursos y capacidades personales, adaptarse mejor a estos desafíos, vincularse afectivamente con su bebé, alimentarlo y cuidarlo. De tal modo, es de vital importancia realizar actividades que vayan en conjunto con la nutrición, el ambiente y salud mental de las madres, ya que influyen en

cómo se desarrolla el embarazo, el parto, el puerperio, la maternidad y el vínculo afectivo de los mismos.

Ambito psicológico

El 25% de las embarazadas experimenta algún tipo de malestar psíquico significativo.

Una de cada 5 mujeres va a padecer una Depresión Postparto. Además de otros trastornos como Ansiedad, Psicosis puerperal, trastorno bipolar posparto Trastornos de la Alimentación, Tocofoobia, Trastornos de Éstres Postraumático, entre otros, pudiendo desencadenar en un suicidio y/o infanticidio.

Por tal motivo, un aspecto importante de la atención materna es apoyar a las mujeres embarazadas a adquirir capacidad de adaptación y desarrollar estrategias para lidiar con situaciones para promover la salud y el bienestar. Tener capacidad de adaptación ayudará a las mujeres gestantes a desarrollar algunas estrategias para lidiar con situaciones, administrar la ansiedad y el estrés, reducir el miedo asociado con el parto y ayudarlas a mantener la salud y el bienestar en la transición hacia la maternidad.

Ambito nutricional

El embarazo comporta un aumento de las necesidades energéticas y nutricionales de la mujer por la sobrecarga que impone a la función de los principales órganos y sistemas, además del constante depósito de elementos en el organismo fetal. Esto supone que la mujer embarazada deba replantearse su nutrición.

Los requerimientos varían en función de la edad gestacional. El aumento de peso medio normal es de 11,3-15,8 kg. En el caso de mujer con un IMC entre 25 y 29.9 kg/m³ la ganancia de peso recomendada será 7-12.5 kg. Y en el caso de mujeres con un IMC superior o igual a 30 kg/m³ al comienzo del embarazo, la ganancia de peso recomendada será entre 5 y 9 kg.

En el embarazo es importante la formación de tejidos grasos y magros, porque estos actúan como una reserva de energía para el feto que se aprovecha en la última etapa del embarazo y proporciona una fuente adicional de energía para el parto y la lactancia. El calcio juega un papel primordial en el desarrollo del esqueleto fetal requiriendo así, un moderado incremento de calcio en la dieta de la gestante.

La hidratación oral tiene importante relación con el volumen de líquido amniótico. La disminución de la ingesta de líquidos aumenta el riesgo de irritabilidad uterina y de aparición de infecciones en el tracto urinario. La ingesta de 6 a 12 vasos tiene efectos beneficiosos.

En sí, una dieta equilibrada basada en proteínas, carbohidratos, alimentos ricos en fibra, grasas naturales, verduras y frutas es importante en la etapa de gestación.

Ambito ambiental

Las mujeres embarazadas, el feto en desarrollo, y también los niños pequeños, se consideran los individuos más sensibles de nuestra especie a la influencia del ambiente. La evidencia revisada hasta ahora, muestra que el medio ambiente juega un rol fundamental en el embarazo, afectando tanto a la madre como el feto en su salud prenatal y futura. Se ha postulado una estrecha relación entre factores del entorno residencial, o ambiente físico, y el ambiente social sobre los mecanismos fisiopatológicos asociados al embarazo, incluyendo la preeclampsia.

Cabe destacar que estos ambientes podrían ejercer tanto un efecto protector como perjudicial sobre el embarazo, dependiendo de la exposición y co-presencia de factores biológicos predisponentes, mediante las vías metabólicas de los procesos inflamatorios y estrés oxidativo. (8)

1.9. Alteraciones mentales que padece la gestante en la cesárea

Factores psicológicos que influyen en el proceso de la gestación

El embarazo es una etapa importante en la vida de la mujer debido a los intensos cambios que se producen en lo personal, familiar y social. Proceso en el que se pone en juego fundamentalmente lo biológico, pero también lo psicológico, a través de la singularidad de la mujer, y lo social, por lo que representa el embarazo, el parto y la maternidad en nuestra sociedad, así como por el rol que la mujer tiene en la misma. Las características propias de la personalidad de la mujer son la base que va a definir en gran medida la forma en la que va a enfrentarse a la transición a la maternidad y, por lo tanto, a los cambios que lleva consigo. Dentro de los rasgos de la personalidad, el grado de autoestima y de confianza en sí misma que se tenga puede influir tanto de manera negativa como positiva.

Va a ser determinante también la estabilidad psicoafectiva de la mujer, es decir, la capacidad que tenga para afrontar y resolver posibles situaciones adversas y el estado en el que se encuentre en la relación con su pareja. Aquellas mujeres que ya son inestables emocional y psicológicamente van a sufrir mayores cambios.

Es importante conocer la presencia de antecedentes psiquiátricos previos, bien sean antecedentes personales o familiares, ya que aumenta el riesgo de repetición o aparición de trastorno psiquiátrico durante esta etapa. Dentro de los factores sociales que inciden en el desarrollo de los procesos que estamos considerando, habría que tener en cuenta la clase social a la que se pertenece, el nivel cultural, la situación económica y familiar, el colectivo de edad, patologías asociadas, etc. Si la mujer está incorporada al mundo laboral, tener un hijo le plantea una doble tarea, la familiar y la laboral, hecho que en muchos casos crea grandes exigencias y responsabilidades, así como dificultades posibles en su mundo laboral y/o familiar.

Alteraciones psicológicas del vínculo de madre e hijo en la cesárea.

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más significativos y de mayor impacto en la vida de la mujer. Desde hace tiempo se conoce la existencia de trastornos psiquiátricos específicos del puerperio y postparto, así como su efecto sobre el vínculo y el desarrollo psicomotor y emocional del lactante. Por lo general en resultados de estudios se han determinado varios tipos de trastornos psiquiátricos después del parto relacionados con la influencia del parto y la experiencia de la madre, dentro de los factores obstétricos como dicho proceso, retraso entre el vínculo inicial de la madre y su hijo, la salud del recién nacido puede influir en trastornos afectivos en la mujer.

Esta separación es importante y significativa, por lo cual supone o generar un obstáculo en relación con el vínculo, ya que se ven relacionados los antecedentes de los padres que en casos pueden ser jóvenes, puede generar una historia clínica con depresión, problemas personales o dificultades en el factor financiero puede ser resultado de sufrir una depresión posparto. Después del parto, una caída dramática en los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en el cuerpo puede contribuir a la depresión posparto. Otras hormonas producidas por la glándula tiroides también pueden bajar marcadamente, lo que puede provocar que sientas cansancio, pereza y depresión. Entre los factores incidentes se determina que los padres también suelen experimentar sentimientos de incompetencia, aislamiento, ansiedad, tristeza, miedo, estrés, rabia, preocupación, nerviosismo, decepción y sensación de fracaso por no haber cumplido con el papel que se esperaba de ellos como soporte activo en el parto. (9)

1.10. Psicosis en gestantes fármaco dependientes y los cuidados de enfermería durante el embarazo

El consumo de drogas por vía parenteral durante la gestación está ligado a una gran variedad de complicaciones médicas y obstétricas, debido tanto a la acción directa de la droga como a los factores asociados a la drogadicción. Las complicaciones más frecuentes durante

el embarazo de una mujer toxicómana son la hepatitis, la endocarditis y las enfermedades venéreas. Entre las complicaciones no infecciosas, la anemia es la más frecuente. La drogadicción suele condicionar un estilo de vida poco compatible con el cuidado de la salud personal. Además, uno de los efectos más importantes del consumo de drogas durante el embarazo, especialmente de las que tienen gran posibilidad de crear toxicomanía, es que tanto la madre como el feto presentan dependencia.

Desde los tiempos más remotos, las distintas sociedades han consumido drogas con un cierto abuso que producen efectos intensos en el estado de ánimo, el pensamiento y la emotividad.

Además, siempre ha habido algunos individuos que se han apartado de lo acostumbrado en cuanto al modo, la cantidad y la situación en que este tipo de sustancias eran consumidas, por lo que podría considerarse que el uso abusivo de drogas y fármacos es tan antiguo como la civilización misma.

Por otro lado, la aparición de trastornos mentales en el posparto puede ser peligroso, llevando una examinación del embarazo como un periodo relativo “bienestar psíquico”; con el pasar del tiempo el cambio es evidente, se conoce que la concepción del infante causa en la mujer una conmoción psíquica en la que los puntos psicológicos subyacentes, en especial hormonales, elementos psicológicos realizan del embarazo un lapso de crisis tanto emocional como psicológica. el puerperio es algo peligroso acompañado con aparición de episodios depresivos y trastornos efectivos en la mujer.

La dependencia de drogas es un trastorno conductual como resultado de los efectos biológicos de una determinada sustancia, una persona tiene disminuido el control sobre el consumo de esa sustancia es decir ya no depende de él. Los efectos biológicos aislados no son suficientes para generar dependencia, ya que en su establecimiento participan

también las características de la persona y el entorno en que se realiza el consumo. Lo característico de toda dependencia es la existencia de una compulsión (sensación subjetiva relativamente objetivable) a seguir tomando la sustancia de forma periódica o continuada.

La psicosis postparto es la forma más grave de la enfermedad mental embarazo-relacionada.

Es rara, ocurriendo en solamente 0.1-0.2% de mujeres embarazadas, pero lleva un alto riesgo de las complicaciones para el molde-madre y el niño, y requiere la hospitalización de la emergencia, de igual forma las mujeres que están embarazadas presentan depresión un 10 % y un 50 % de estas continúan su depresión en el postparto.

La psicosis postparto suele aparecer después de dos semanas del origen, aconteciendo delirios y alucinaciones junto con pensamiento desorganizado los indicios pivotes que caracterizan el cuadro. A lo largo de este trastorno tiene la posibilidad de presentar otras alteraciones del estado de ánimo entre los que se hallan: ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotora y complejidad para conciliar el sueño no asociado al recién nacido. Hay otros trastornos psiquiátricos que a menudo se relaciona a la psicosis postparto.

La psicosis posparto puede presentarse como un estado maníaco, depresivo o mixto entre los pacientes con trastorno bipolar. Las mujeres con trastorno bipolar tienen un alto riesgo de recidiva en el embarazo y después del parto, que puede presentarse como psicosis posparto. Por otro lado, las mujeres que dejan los medicamentos estabilizadores del ánimo antes o durante el embarazo pueden tener un mayor riesgo de psicosis posparto. Para las mujeres sin historia previa, un episodio psicótico después del parto puede ser la primera manifestación de un trastorno bipolar.

Trastornos del estado de ánimo posparto: la depresión posparto, y la psicosis posparto tienen una alta prevalencia. Éstos tienen un efecto directo sobre la salud física y mental de la madre, así como del recién nacido y la pareja y generan inseguridad en el entorno familiar y social de los afectados.

La psicosis afortunadamente se manifiesta en muy pocas ocasiones, pero es el trastorno mental de esta etapa que genera mayores resultados negativos. Es conocido que el aborto involuntario causa muchas alteraciones mentales pero el aborto voluntario también los genera, aunque este menos estudiado. Las adolescentes y las mujeres maltratadas son las más afectadas por estos trastornos tanto en el embarazo como en el puerperio. Además de la coyuntura económica restringida, una vida sin tiempo para nada, el abuso de toxinas u otros problemas psicológicos, la ansiedad, la depresión y las psicosis también son propensos a esto durante este tiempo.

Del mismo modo la psicosis es extraña en el embarazo, Los síntomas son acentuaciones en la clínica que ya posean y acciones dirigidas a finalizar el embarazo de forma drástica y agresiva.

La psicosis posparto requiere un reconocimiento temprano, con manejo multidisciplinario. Debe entenderse que la psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica, ya que compromete el pronóstico materno infantil, debido al riesgo de agresión que presenta el trastorno.

Sin embargo, todo profesional de la salud debe tener en cuenta el riesgo de depresión perinatal debido a su frecuencia relativamente alta y por el sufrimiento que causa a la mujer y a quienes la rodean; además, se trata de un trastorno que responde bien al tratamiento.

Actualmente, se está fomentando el concepto de psiquiatría perinatal con el objetivo de apoyar a las madres a preparar lo más pronto posible las alteraciones psiquiátricas consecutivas al parto y asegurar un buen desarrollo mental del neonato.

Como factores de riesgo se nombra que los antecedentes de depresión, sobre todo durante la gestación, incrementan el riesgo de disforia posparto. Los antecedentes de trastorno disfórico premenstrual también parecen constituir un factor de riesgo. Aunque la ocurrencia de tristeza posparto no imprescindible refleja psicopatologías en la madre, algunos de estos cuadros, avanzan a desarrollar depresión posparto. En mujeres con historia de trastornos afectivos previos al embarazo, el cuadro denominado “postpartum blues”, pueden anunciar el desarrollo de un trastorno afectivo mayor posteriormente.

Durante el embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos adaptativos importantes en la mujer, que además de interferir en el curso y desarrollo de los procesos sufridos durante este período, afectan y modifican la farmacocinética de los fármacos utilizados, y tanto su eficacia como su seguridad.

Los efectos de los medicamentos en el feto o el recién nacido varían ampliamente y dependen principalmente del momento del embarazo en el que se administran.

Efectos durante el embarazo

Los efectos, en general, son más el resultado del estilo de vida de la gestante que el resultado directo del consumo. La mayoría de estas mujeres no prestan la debida atención al cuidado de su salud, y muy pocas veces consultan al médico durante el embarazo, con un altísimo riesgo de complicaciones médicas y obstétricas.

El síndrome de abstinencia rara vez es fatal para la madre, incluye un cuadro de agitación, midriasis, piloerección, rinorrea, dolores abdominales, irritabilidad muscular, calambres uterinos y mialgias. Durante el síndrome de abstinencia en la gestante hay una gran actividad muscular con elevado consumo de oxígeno, que origina en el feto un cuadro de hipoxia, que se agrava si además coincide con el parto. Es frecuente la aparición de deficiencias en vitaminas, anemia ferropénica

y anemia por deficiencia de ácido fólico. La mayor parte de las complicaciones del consumo crónico de opioides derivan de la utilización de la vía parenteral.

Diagnóstico

Al experto que tenga que valorar tendrá que desarrollar una anamnesis oportuna en la cual puede descubrirse cuál es la sintomatología, la gravedad que tiene y la complicación que tienen en la vida diaria.

Existen escalas, test que se encargan de entender si estamos ante una depresión posparto como podría ser la “Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh” esta es la específica, pero además hay otras escalas que se encargan de descubrir el riesgo de sufrir depresión en otras situaciones de la vida.

Para descubrir la psicosis se realizan los mismos pasos, es mucho más sencillo identificar las alucinaciones

El diagnostico debe hacerse lo más imprescindible para proceder al tratamiento, teniendo en cuenta que hay algunas manifestaciones que no están en los pacientes y que no todas son iguales de eficientes, sobre todo hay que analizar como la mujer sufre de no poder hacer su vida de manera normal.

Tratamiento

Enfermería desde el primer contacto con la paciente deprimida debe prestarle el apoyo necesario e instruirla tanto en donde debe ir para que le dicten un tratamiento oportuno, como enseñarle y ayudarla a darle pautas para mantener un estilo de vida saludable tanto para ella como para el bebe. El mejor tratamiento es la prevención primaria con la educación sanitaria, pero si esta no funciona se deben de realizar un tratamiento holístico, individualizado multidisciplinar.

Cuidados de enfermería

El cuidado de la paciente con psicosis posparto desde el punto de vista de enfermería incluye aspectos clínico-enfermeros; basado en el diagnóstico, su evolución en el vínculo madre-hijo y su entorno. Por otro lado, la enfermería tiene un papel informativo y orientador, proporcionando al paciente el conocimiento de técnicas y pautas de comportamiento para superar la depresión y evitar reingresos por recaída.

Para las mujeres que sufren de psicosis en gestación el médico suele recomendar tranquilizantes o antidepresivos. La hospitalización de la mujer en unos casos puede ser necesaria, siendo de una manera rápida, cuando la depresión no se controla con medicamentos o con el mismo cambio de comportamiento de la mujer puede llevar a un suicidio o un grave riesgo para el bienestar del niño. El personal de enfermería brindará apoyo emocional para que la mujer no se sienta desprotegida, brindándole un completo bienestar en su entorno. (10)

1.11. Repercusión del uso de psicoactivo en mujeres gestantes en la población

El uso de alcohol, tabaco y drogas ilegales se ha transformado en una molestia para la salud pública y social, que tiene como secuelas familias, amigos y conocidos el deterioro de salud. Al principio las utilidades de las drogas se observan en épocas cada vez más precoces, con una propensión a reducir las discrepancias de prevalencia de consumo entre hombres y mujeres. Se ha observado que el inicio prematuro de consumo de sustancias se relaciona a mayor abuso y dependencia de estas sustancias.

El uso y el abuso de sustancias psicoactivas en la comunidad cada vez es más frecuente, se observan casos de niños, jóvenes, adultos e inclusive mujeres en estado de gestación que consumen drogas, todo esto va asociado de factores negativos ante la sociedad, por tal motivo es una obligación del Gobierno elaborar tácticas o procedimientos para aplacar este gran problema.

Por lo expuesto se requiere organizar labores y acciones que ayuden a adoptar las medidas necesarias para evitar y erradicar este problema social.

Auténticamente en la comprensión popular el uso de drogas ha estado fuertemente ligado al consumo de drogas ilegales, dejando de lado el uso de las drogas legales, socialmente aceptadas, como el tabaco y el alcohol, por tal motivo este artículo tiene el propósito de resaltar los problemas de salud, así como sociales el uso y abuso de sustancia psicoactivas por una fuerte evidencia de sus efectos tóxicos antes, durante y después del embarazo, siendo muchos de estos efectos independientes de la dosis consumida.

Sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas o drogas psicoactivas son aquellas que son capaces de modificar la conciencia, estado de ánimo e influir en los procesos del pensamiento del individuo, utilizadas de manera adecuada ayudan a tratar ciertas enfermedades y cayendo en el abuso suelen ser perjudiciales para la salud, en este caso nos referiremos en la repercusión del abuso de estas sustancias en mujeres gestantes, el daño que causan al feto en su crecimiento, desarrollo y las consecuencias a largo plazo del recién nacido.

Encontramos una gran variedad de sustancia psicoactivas en la sociedad, de origen natural y sintético, las drogas legales o permitidas en la sociedad y que están al alcance de todos como son el tabaco y el alcohol, las no permitidas o ilegales las cuales son muchas y en este caso vamos a nombrar las más comunes como la cocaína, marihuana, anfetaminas; también se las puede clasificar por los efectos que causa en el sistema nervioso, entre estas encontramos las drogas estimulantes, las depresoras como las benzodiacepinas, las drogas alucinógenas como el éxtasis, ketaminas entre otras.

Factores de riesgo social y ambiental

El consumo de drogas en el embarazo puede ser originado por diversos factores, sobresaliendo el entorno cultural y social, debido a las presiones que ejercen los amigos, en el caso de las adolescentes que se dejan influenciar para adoptar costumbre o a manera de moda y así poder pertenecer al círculo social en el cual se encuentre. En la actualidad el consumo de sustancias psicoactivas legales como el tabaco y el alcohol, algunas las sustancias ilícitas como cocaína, marihuana, anfetaminas entre otras, las cuales con la finalidad de mejorar el estado de ánimo por tristeza, depresión ya sea a consecuencia de problemas familiares, problemas con la pareja, desempleo, la crisis económica debido a falta de fuentes de trabajo o por pérdida del mismo, estos factores pueden llevar a las mujeres a ser consumidoras de estas sustancia psicoactivas tanto las legales e ilegales ya que les da estados de bienestar montéanos, euforias lo cuales pueden conllevar a enfermedades de transmisión sexual, también al compartir los instrumentos como jeringuillas para su administración, causando estados de bienestar y confianza en el cual las mujeres pudieran contagiarse enfermedades de transmisión sexual, también al compartir los instrumentos como jeringuillas para su administración, esto se pone en mayor riesgo cuando hay embarazos de por medio, ya que afecta al binomio materno fetal.

Factor asociado al estrés post traumático

Se ha establecido que hay una estrecha relación entre el abuso de drogas en mujeres y la exposición a experiencias traumáticas a través de las distintas etapas de la vida, incluyendo el embarazo. Una vida de experiencias negativas, trauma y dificultades para sobrellevar el estrés son factores que conllevan a la iniciación, la continuación y las recaídas en personas consumidoras de sustancias. Las gestantes que hayan sido víctimas de violencia física, psicológica y sexual, son más propensas de ser consumidoras de drogas permitidas como el alcohol y seguidas de las ilícitas. El estrés postraumático afecta tanto a hombres como a mujeres, siendo en este caso las mujeres las más vulnerables, la incapacidad de manejar estas situaciones de violencia en soledad

y más aun con un embarazo de por medio aumenta el riesgo de que las mujeres lleguen a un aborto intencionado y en el peor de los casos afectar contra su propia vida.

Por otra parte, la alteración en las respuestas al estrés por parte de la madre y la desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) pueden afectar al feto a través de la programación fetal u otros mecanismos epigenéticos, riesgos más altos de que el niño tenga problemas en su formación y desarrollo dentro del vientre materno, así como en sus etapas de su vida.

Consumo de drogas durante el embarazo

En la actualidad se podría determinar que siete de cada diez embarazadas padecen de adicción a algún tipo de sustancia psicoactivas, el abuso de las mismas durante la gestación se asocia a consecuencias negativas que ponen en riesgo la vida del binomio materno fetal, así como graves consecuencias neurológicas y neuro comportamentales del recién nacido en el peor de los casos daños irreversibles, el abuso del alcohol y tabaco así como de cocaína, marihuana, anfetaminas entre otras que causan mayor daño como hemorragias que podrían conllevar a un aborto en las primeras 20 semanas de gestación, desprendimiento de la placenta, alteraciones en la presión arterial, y sus complicación lo cual repercutiría en nacimiento prematuro y en el peor de los casos la pérdida del embarazo y peor aún correr riesgo la vida de la madre.

Repercusiones a binomio materno fetal y recién nacido

Primer trimestre

El primer período de embarazo es de fundamental importancia, se le considera de alto riesgo porque en dicha etapa ya hay la formación del feto, aquí empieza la organogénesis que ocurre entre los días 18 y 60 de gestación, a través de la placenta se transfieren importantes proteínas transportadoras hacia el embrión, las cuales pueden ser inhibidas por el abuso de cocaína, cannabinoides, nicotina, entre otras, las cua-

les pueden impedir el correcto transporte de aminoácidos a la unidad placentaria, así como el abuso de sustancias alcohólicas disminuye la transferencia de ácidos linoleicos hexaenoico causando serias complicaciones en la formación y desarrollo del feto esto conlleva al implante anómalo de la placenta desencadenando un aborto en este trimestre, lo cual podría ser perjudicial para la madre por complicaciones obstétricas como atonías uterinas, desencadenando en sangrados los cuales podrían llevar a la histerectomía, quitando la oportunidad de volver a ser madres en el caso de las primigestas y en el peor de los casos a la muerte de la madre.

Segundo trimestre

En el segundo trimestre se puede evidenciar riesgo de aborto, riesgo de muerte intra-útero, desprendimiento de placenta, placenta previa y prematuridad. Estas complicaciones se relacionan con el incremento en la contractibilidad uterina debida al consumo de cocaína por la gestante y a los importantes efectos hipertensivos y vasoconstrictores de esta sustancia.

El abuso del alcohol y cigarrillos también repercuten en serios daños a nivel placentario hacia el feto en este segundo trimestre, la incapacidad de la madre al no dejar de consumir estas sustancias hasta esta edad gestacional conlleva a daños mayores, mediante ecografía se invalida las siguientes malformaciones del feto como son: Onfalocele, labio leporino – fisura palatina, canal atrio ventricular, hernia diafragmática, entre otras, es importante mencionar que los trastornos hipertensivos que puede dar desde la semana 20 y llegar a ser tan graves las complicaciones que terminan en síndrome de Hellp lo cual puede terminar en la muerte materno fetal si no es tratada a su debido tiempo.

Tercer trimestre

Al llegar a este ultimo trimestre es probable que la madre haya tratado de dejar el consumo de estas sustancias psicoactivas por el bienestar del feto, pero esto conlleva a otro problema asociado al síndrome

de abstinencia el cual rara vez es fatal para la madre, este incluye un cuadro de agitación, midriasis, piloerección, rinorrea, dolores abdominales, irritabilidad muscular, calambres uterinos y mialgias. Mientras se mantiene el síndrome de abstinencia en la gestante, hay gran actividad muscular con elevado consumo de oxígeno, que origina en el feto un cuadro de hipoxia, que se agrava si además coincide con el parto, trayendo como consecuencias un recién nacido deprimido que en el peor de los casos necesite de reanimación.

En este trimestre la madre puede aumentar su complicaciones es el caso de la eclampsia, sangrado vaginal, desprendimiento, prematuro de placenta, parto podálico, convulsiones, en la mayoría de casos no se concreta el tercer trimestre ya que suele haber parto prematuro o cesáreas de emergencia por lo cual los riesgos al producto son más complejos como síndrome de distrés respiratorio por inmadurez pulmonar del recién nacido, síntomas de adicción y de abstinencia después del nacimiento, bajo peso al nacer y problemas de desarrollo físico y mental.

Complicaciones en el recién nacido

El parto pretérmino, depresión respiratoria y el bajo peso al nacer es una de las consecuencias del abuso de sustancias como el cannabis, el alcohol y otras sustancias ilícitas. El Ottawa Prenatal Prospective Estudio refiere un incremento de síndrome de abstinencia en el neonato acompañado de temblores, respuestas motoras exageradas, disminución de la respuesta visual, esto asociado al consumo de cocaína, marihuana, anfetaminas durante el embarazo.

Las repercusiones de la madre podrían ser ansiedad ante el nacimiento prematuro del recién nacido, el sentimiento de culpa por no haber podido controlar su consumo durante el embarazo, podría llevarla a un estrés post traumático asociado al parto traumático al saber las complicaciones de su bebé, la falta de apoyo por parte de la familia, falta de ingresos económicos para el tratamiento del recién nacido

pueden ser factores que empeoran la condición de adicción de la madre a estas sustancias psicoactivas.

Estigma que sufren las mujeres consumidoras

Cabe recalcar que la drogadicción es una enfermedad producida por la dependencia de sustancias psicoactivas, así como otras enfermedades necesita tratamiento y atención por parte del Ministerio de Salud, aun así se puede evidenciar la estigmatización a estas mujeres en la sociedad, con recriminaciones de sus familiares y conocidos por ser consumidoras y estar embarazadas, así mismo en centros de salud aún se puede palpar estigmatización a pesar de la profesionalidad del personal, aún hay casos que no se comprende cómo pueden estas mujeres no cuidar su embarazo, el no asistir a los controles prenatales por no seguir las recomendaciones médicas en muchos casos, las mujeres embarazadas suelen ocultar su consumo por temor a ser juzgadas y discriminadas y temor a no ser atendidas en los servicios de salud. (11)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA SALUD MENTAL
1ª Edición

CAPÍTULO II
ATENCIÓN Y CUIDADOS DE PACIENTES
QUIRÚRGICOS Y SU REPERCUSIÓN
EN LA SALUD MENTAL



2.1. Abordaje psicológico en pacientes con fractura de tibia

La importancia del aporte psicológico en pacientes con fractura de tibia dado por la preocupación el malestar de realizar actividades por su propia cuenta, problema por verse distinto el manejo de este tipo de lesiones debe tener como principal objetivo la consolidación de la fractura en el menor tiempo posible, sin que queden deformidades y sin que la extremidad pierda su función.

Cuando se trata de una fractura abierta o expuesta, el principal objetivo es evitar que la lesión se infecte. El médico debe realizar la reducción de la fractura de tibia (en caso de que haya desplazamiento), posicionando el hueso nuevamente en su lugar, para asegurar una solidificación adecuada. Luego, se inmoviliza la fractura con una férula.

En algunos casos, puede ser necesaria la intervención quirúrgica para la colocación de tornillos o placas metálicas para fijar el hueso en su sitio.

Si se trata de una fractura expuesta, antes de reducir y fijar la fractura se debe limpiar bien el área eliminando todos los elementos (arena, tierra, piedras, pasto) y lavando bien la zona con jabón quirúrgico. Es importante en estos casos aplicar la vacuna antitetánica y realizar un tratamiento antibiótico intravenoso.

Los politraumatismos se pueden originar de muchas maneras, de forma accidental, provocada voluntariamente o involuntariamente el tratamiento y rehabilitación de los mismos conlleva una extensa duración y un tratamiento prolongado. El personal de enfermería es el encargado del manejo de estos pacientes politraumatizados en busca de mejorar su calidad de vida

Los pacientes con fractura de tibia constituyen una verdadera urgencia médica, donde para su manejo se necesita no solo de conocimientos básicos del trauma, sino además de experiencia y prontitud. La clasi-

ficación de la fractura es de vital importancia para definir pronóstico y conducta, el uso de antibióticos debe ser inmediato o lo antes posible ya que pasadas tres horas la incidencia de infección aumenta.

Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico ayudar a la no manifestación de los riesgos que pueden presentarse, sentimientos y percepciones apoyo emocional. (12)

2.2. Atención de enfermería a pacientes ecv con enfoque a la salud mental

La importancia del aporte psicológico en pacientes con fractura de tibia dado por la preocupación el malestar de realizar actividades por su propia cuenta, problema por verse distinto el manejo de este tipo de lesiones debe tener como principal objetivo la consolidación de la fractura en el menor tiempo posible, sin que queden deformidades y sin que la extremidad pierda su función.

Cuando se trata de una fractura abierta o expuesta, el principal objetivo es evitar que la lesión se infecte. El médico debe realizar la reducción de la fractura de tibia (en caso de que haya desplazamiento), posicionando el hueso nuevamente en su lugar, para asegurar una solidificación adecuada. Luego, se inmoviliza la fractura con una férula.

En algunos casos, puede ser necesaria la intervención quirúrgica para la colocación de tornillos o placas metálicas para fijar el hueso en su sitio.

Si se trata de una fractura expuesta, antes de reducir y fijar la fractura se debe limpiar bien el área eliminando todos los elementos (arena, tierra, piedras, pasto) y lavando bien la zona con jabón quirúrgico. Es importante en estos casos aplicar la vacuna antitetánica y realizar un tratamiento antibiótico intravenoso.

Los politraumatismos se pueden originar de muchas maneras, de forma accidental, provocada voluntariamente o involuntariamente el tratamiento y rehabilitación de los mismos conlleva una extensa duración y un tratamiento prolongado. El personal de enfermería es el encargado del manejo de estos pacientes politraumatizados en busca de mejorar su calidad de vida

Los pacientes con fractura de tibia constituyen una verdadera urgencia médica, donde para su manejo se necesita no solo de conocimientos básicos del trauma, sino además de experiencia y prontitud. La clasificación de la fractura es de vital importancia para definir pronóstico y conducta, el uso de antibióticos debe ser inmediato o lo antes posible ya que pasadas tres horas la incidencia de infección aumenta.

Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico ayudar a la no manifestación de los riesgos que pueden presentarse, sentimientos y percepciones apoyo emocional. (13)

2.3. Cuidados de enfermería a paciente con hemorragia intra encefálica

La hemorragia intra encefálica como el resultado de la rotura de una pequeña arteria arterioesclerótica que se ha debilitado, primariamente por la hipertensión arterial crónica. Estas hemorragias suelen ser grandes, únicas y catastróficas, es una patología grave que implica riesgo de mortalidad. Las principales complicaciones aparecen cuando se expande el hematoma, por edema perihematoma, por la extensión intraventricular de la hemorragia con hidrocefalia, convulsiones, episodios tromboembólicos venosos, hiperglucemia, hipertensión arterial, fiebre e infecciones. En general, la gravedad de cada caso dependerá de la cantidad de sangre derramada. La tasa de mortalidad de la hemorragia cerebral es del 40%. Por otro lado, es posible que al paciente le queden secuelas, tales como pérdida de la capacidad para comunicarse, problemas de deglución y de visión, neumonía, pérdida de sensibilidad y depresión, entre otros.

Los cuidados de enfermería aplicados al paciente con hemorragia intra encefálica están guiados por el proceso de Atención de Enfermería, el cual es el método científico, organizado y sistematizado, que avala el cuidado enfermero, con relación a la identificación de las respuestas humanas cuando se convierten en problemas de salud a través de él podemos evitar que el paciente se complique con alteración a nivel neurológico, cardiovascular, sistema digestivo, alteración metabólica. Para el desarrollo del mismo se utilizó la valoración de enfermería céfalo caudal y la valoración de los patrones funcionales de Maryury Gordon, así como también y para el Plan de Cuidados Estandarizado, la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Los cuidados de enfermería fueron orientados hacia el problema hemorragia intra encefálica, disposición para mejorar los conocimientos y va dirigido tanto a los pacientes como a sus cuidadores y orientado a la educación para la salud y al fomento de la adhesión sobre su régimen terapéutico otorgándole la gran relevancia a la valoración, los diagnósticos enfermeros, los criterios de resultado, los indicadores para estos criterios, las intervenciones y actividades, como la administración de infusiones hídricas, como infusión continua hipertensivas , laboratorio en sangre y urología, tomografía de cráneo.

Dentro de los cuidados de enfermería realizados tenemos monitorización neurológica, vigilar signos vitales, revisión de exámenes complementarios para evaluar mejora o posibles complicaciones del paciente. Administración de infusión prescrita por el médico, de este modo se puede demostrar la importancia de la labor de enfermería y de su actuar profesional. Como recomendaciones del caso clínico encontramos como relevancia el observar con mucha cautela las infusiones continuas, debido a las posibles reacciones adversas. Tener un control adecuado sobre la medicación habitual, siendo la falta de administración un desencadenante para llegar a un estado clínico dependiente. Lo cual nos lleva a fomentar como profesionales de la salud enfermedades mórbidas y educar al paciente sobre sus efectos a futuros por falta

de control y toma de medicación habitual, enfocándonos en la mejora de calidad de vida del paciente involucrando a la familia en la educación de dichos cuidados. (14)

2.4. Cuidados de enfermería en pacientes con edema cerebral producto de un traumatismo craneoencefálico

El edema cerebral es un padecimiento frecuente en nuestra práctica clínica y en los pacientes críticos con daño cerebral agudo. De manera objetiva se define como el aumento patológico de la cantidad de agua en el cerebro con incremento del volumen del parénquima cerebral, cuando la magnitud es suficiente se manifiestan síntomas clínicos. Sus consecuencias son mortales e incluyen: isquemia secundaria a daño del flujo sanguíneo cerebral regional o global y modificación de los compartimentos intracraneales debido a la hipertensión craneal aumentada que resulta en compresión de estructuras cerebrales vitales se considera como una patología médico quirúrgica caracterizada por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza con la presencia de al menos uno de los siguientes elementos: alteración de la consciencia y/o amnesia debido al trauma; cambios neurológicos o neurofisiológicos, o diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intra-craneanas atribuibles al trauma. Traumatismo craneoencefálico grave a todo paciente que presente al menos uno de los siguientes elementos clínicos y radiológicos: Escala de coma Glasgow (ECG) menor de 9 puntos.

1. Deterioro del nivel de conciencia con uno de los siguientes datos clínicos: anisocoria, defecto motor neurológico central y bradicardia e hipertensión arterial.
2. Convulsiones postraumáticas prolongadas o estado epiléptico.
3. Trauma penetrante craneal con escala de Glasgow menor de 13. Los signos clínicos que hacen sospechar el estado de choque pueden ser difíciles de apreciar en los estadios iniciales del trauma, debido a mecanismos compensatorios El flujo sanguíneo cerebral (FSC) es de 50 mL/100 g/min, siendo el volumen sanguíneo cerebral de 100 mL aproximadamente, lo que corresponde a un 5-10% del volumen intracraneal.

El trauma craneoencefálico grave es la principal causa de muerte en adultos jóvenes. En nuestro país según los últimos datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2018), la tasa de mortalidad por trauma en el Ecuador es de 16,9 por cada 100.000 habitantes, siendo en su mayor parte por trauma craneoencefálico grave. El diagnóstico, tratamiento y pronóstico de este tipo de lesiones se ha visto modificado, en los últimos años en base a la introducción de nuevas técnicas, como la monitorización de la presión intracraneal (PIC), la tomografía axial computarizada (TAC) y a un mayor énfasis sobre el concepto de lesión secundaria dirigido, principalmente, a su prevención y tratamiento. Según esto, parece evidente que un manejo precoz del TCE llevaría a un descenso tanto de la mortalidad como de las secuelas derivadas de esta patología.

Los cuidados de enfermería en UCI deberán ir encaminados al control y vigilancia de signos de alarma, a la prevención, tanto de complicaciones neurológicas como sistémicas, y a la administración de tratamientos prescritos.

Anatomofisiología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema Edema cerebral tomando en cuenta los siguientes aspectos órgano, ubicación, irrigación, anatomía función, El cerebro, también llamado encéfalo, es el órgano más complejo y fascinante del cuerpo humano. Es el responsable de nuestra conducta y de nuestra personalidad. El cerebro es un órgano extremadamente delicado, por lo que se encuentra protegido dentro de la bóveda del cráneo.

El edema cerebral producto de un traumatismo craneoencefálico constituye un importante problema de salud pública por la elevada morbimortalidad que conllevan y por el gasto socio-sanitario que generan. La finalidad del objeto de este caso clínico ha sido realizar procedimientos para un buen manejo de medidas que requiere un paciente con traumatismo craneoencefálico (TCEG) para la prevención disminución

de complicaciones los cuidados que se le realizo al paciente para su mejoría son: administración de medicamentos, cuidados en los cambios posturales, para prevenir úlceras por presión, monitorización hemodinámica, aspiración de secreciones por tubo endotraqueal-boca, control de líquidos y glicemias, la monitorización de la presión intracraneal (PIC), Mantener una vía aérea permeable y control de la columna cervical. Mantener una presión arterial media entre 90-110 mmHg o la necesaria para mantener una adecuada presión de perfusión cerebral (PPC), Procurar una óptima oxigenación manteniendo la $PaO_2 > 60-70$ mmHg una correcta valoración de signos vitales.

Gracias al proceso de atención de Enfermería se logra proporcionar una atención científica e individualizada que permite la interacción enfermera-paciente y limita los riesgos causados por la enfermedad.

El cuidado de enfermería en el paciente con edema cerebral producto de un traumatismo craneoencefálico implica una gran responsabilidad, ética y profesionalismo para brindar adecuadamente la atención abarcando todas las necesidades que el paciente requiera y de esta manera se logre una mejoría, Respecto a las recomendaciones de Enfermería se debe prevenir la compresión venosa del cuello ya que puede elevar la PIC. Para la estabilización hemodinámica es aconsejable infundir soluciones isotónicas e hipertónicas. se debe mantener la posición del paciente en decúbito supino y la cabeza con una elevación de 30° si no hay contraindicación.

Es preciso también mantener una presión sistémica media (90-110mmHg) para una adecuada presión de perfusión cerebral (PPC), una óptima oxigenación, un control de glucemia, sedación y una disminución del consumo metabólico cerebral. (15)

2.5. Deterioro neurológico por alteración hidroelectrolítica

El déficit neurológico es una anomalía funcional de un área del cuerpo, esta alteración funcional se debe a una lesión del cerebro, la médu-

la espinal, los músculos o los nervios. Los trastorno hidroelectrolítico más frecuente en la práctica clínica, causan deterioro neurológicas, los síntomas clínicos son confusión, dolor de cabeza, somnolencia anormal y profunda, debilidad, espasmos o calambres musculares, distrés cardiorrespiratorio, náuseas, vómitos, diarrea, cólico abdominal, en las complicaciones tenemos síndrome de desmielinización osmótica los síntomas aparecen en un par de días: cuadriplejía súbita, parálisis pseudobulbar, convulsiones, coma e incluso muerte. El cerebro es el principal órgano diana en la hiponatremia, el edema celular en el cerebro produce aumento de presión intracraneal que puede llevar al coma y a la muerte, La hiponatremia se define como una concentración sérica de sodio <135 mmol/L y es el. La incidencia epidemiológica del deterioro neurológico de este trastorno en la población ambulatoria es del 3%, aumenta a 20% en los pacientes hospitalizados por el servicio de medicina general, en el servicio de urgencias representa el 15-20% de las consultas, y en La Unidad de Cuidados Intensivos se ha documentado una prevalencia del 15% al 30%, La mortalidad de hiponatremia sintomática es del 55%, aumentando el riesgo a medida que disminuyen las concentraciones séricas de sodio.

Los cuidados de enfermería a un paciente con deterioro neurológico por alteración hidroelectrolítica están basados en el enfoque de Marjory Gordon que permite identificar los patrones funcionales que están siendo alterados y valorar cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo, la valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales, que puedan ser tratados por los profesionales de enfermería, en sí, la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero y brindar un cuidado directo al paciente y satisfacer las necesidades. En el proceso de atención de enfermería hacemos hincapié en tres partes, la evaluación, en que se recopila datos para determinar el problema de salud, el diagnóstico y la planificación de cuidados de enfermería.

El tercer y último paso es la implementación y la evaluación donde la enfermera ejecuta el plan de atención propuesto por el médico y aplica el proceso de atención de enfermería enfatizando en las necesidades que presenta el paciente y al finalizar evalúa los resultados obtenidos para mantener o modificar las intervenciones.

Los cuidados de enfermería es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida en la relación terapéutica enfermera paciente, los cuidados del paciente con deterioro neurológico por alteración hidroelectrolítico, se lleva a cabo la administra infusión, reposición de electrolitos prescrita por el medico durante 24 horas, después de aquello se realiza nuevos exámenes de laboratorio en sangre y urología, también se le reduce la infusión, gracias a la reposición de electrolitos, observación y cuidados de enfermería podemos revertir las alteraciones neurológicas.

Dentro de los cuidados de enfermería realizados tenemos monitorización neurológica:

Vigilar el nivel de conciencia, Comprobar el nivel de orientación, Vigilar las tendencias en la Escala del Coma de Glasgow, Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, humor, afectos y conductas, Vigilar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones, Comprobar el estado respiratorio: niveles de gases en sangre arterial, pulsioximetría, profundidad, forma, frecuencia y esfuerzo. Administración infusión reposición de electrolitos según prescrita por el médico, gracias a la importancia de los cuidados podemos salvar la vida del paciente. Se recomienda que tome en cuenta la corrección demasiado rápida o una sobre corrección del sodio ya que puede causar insuficiencia renal leve, edema cerebral, es esencial dicha distinción para llevar a cabo un tratamiento correcto que evite efectos iatrogénicos graves. (16)

2.6. Promoción de la salud mental en paciente con cetoacidosis diabética

La cetoacidosis diabética y los trastornos mentales pueden aparecer en forma independiente sin una conexión directa entre ambas enfermedades. En otro escenario, el diagnóstico y la evolución de la cetoacidosis diabética comprometen en los pacientes con trastornos mentales y viceversa además la cetoacidosis diabética predispone a la aparición de anormalidades psiquiátricas y ciertos trastornos, tales como la depresión y la esquizofrenia, son factores independientes de riesgo de aparición de cetoacidosis diabética. Por su parte, la sintomatología de los episodios de hipoglucemia y cetoacidosis puede confundirse con las manifestaciones de las crisis de angustia.

Los fármacos que se utilizan para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas se asocian con anomalías en el metabolismo de la glucosa.

El consumo excesivo de tabaco y alcohol habitual en los enfermos con afecciones mentales puede afectar la farmacocinética de los hipoglucemiantes orales; la depresión, por su parte, reduce la adhesión al tratamiento antidiabético y el cumplimiento de los controles metabólicos rutinarios. Los trastornos mentales en los pacientes con cetoacidosis diabética comprometen la calidad de vida, aumentan los costos de atención médica, reducen la adhesión a la terapia y complican el control metabólico. Los índices de internaciones suelen ser altos como consecuencia de los episodios de cetoacidosis diabética.

La tasa de mortalidad de la cetoacidosis diabética en el mundo es de un promedio de 3,4 -4.6%, alrededor de 1 de 3 niños con Diabetes tipo 1 y en la Diabetes tipo 2 se presenta por: stress catabólico, en la tasa de incidencia de 4,6 a 8,0 casos por 1000 personas diabéticas por año, el caso de incidencia es < 1 por cada 1000 personas diabéticas al año. (2) Una encuesta realizada en el 2018 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se estima que existe el 7,1 y el 7,8% de

ecuatorianos que tienen un diagnóstico de diabetes y viven con esta enfermedad. Los estudios realizados según el INEC es de 17,1 millones de ecuatorianos, 1,3 millones de personas padecerían de diabetes y el Ministerio de Salud estima de 700 a 1000 chicos son diagnosticados con Diabetes tipo 1.

Para planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería en el cuidado del paciente con cetoacidosis diabética es indispensable que la enfermera realice la valoración, establezca los diagnósticos de enfermería y finalmente proyecte las intervenciones, que son los cuidados directos que se realizarán en beneficio del paciente.

El primer paso implica, la anamnesis, evaluación del cumplimiento de la exploración física que se enfoca hacia los signos y síntomas de hiperglucemia, en los factores físicos y emocionales que puedan afectar la capacidad del paciente para realizar o aprender a realizar las actividades relacionadas con el cuidado de su enfermedad, y, por último, la educación para el cumplimiento correcto del régimen terapéutico. Se entrevista al enfermo y se le interroga sobre los síntomas que preceden al diagnóstico de diabetes como: poliuria, polidipsia, resequedad de la piel, pérdida de peso y lesiones en la piel que no cicatrizan. Se mide la glucemia y en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 la cetonemia y la cetonuria se vigilan los valores de laboratorio en busca de signos de acidosis metabólica y desequilibrio hidroelectrolítico.

Aspectos fisiopatológicos: es un síndrome caracterizado por hiperglucemia, cetosis y acidosis, lo cual es consecuencia de la deficiencia absoluta o relativa de insulina asociada a un exceso de hormonas contra reguladoras. Entre los factores precipitantes se destacan los siguientes: diagnóstico reciente de diabetes mellitus, omisión de la insulina, transgresiones alimentarias, infecciones, embarazo, trauma, estrés emocional, ingesta excesiva de alcohol, infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular.

Se recomienda el estudio exhaustivo de la patología cetoacidosis diabética y las complicaciones que se pueden presentar para mayor entendimiento.

Aspectos epidemiológicos: La tasa de mortalidad de la cetoacidosis diabética en el mundo es de un promedio de 3,4 -4.6%, alrededor de 1 de 3 niños con Diabetes tipo 1 y en la Diabetes tipo 2 se presenta por: stress catabólico, en la tasa de incidencia de 4,6 a 8,0 casos por 1000 personas diabéticas por año, el caso de incidencia es < 1 por cada 1000 personas diabéticas al año. Los métodos diagnósticos son clínicos y exámenes de laboratorios.

Se recomienda un estudio profundo de la relevancia epidemiológica de cetoacidosis diabética para evidenciar datos estadísticos sobre la prevalencia de cetoacidosis diabética en el país ya que presenta una de las causas principales de edema pulmonar en pacientes diabéticos.

Aspectos farmacológicos y terapéuticos: La terapéutica farmacológica de inicio es la reposición de líquidos que se efectuará en las primeras 48 horas seguido de la infusión endovenosa continua de insulina regular, siendo la dosis estándar de 0.1 U/ kg/h y el aspecto nutricional. Se recomienda considerar el diagnóstico de cetoacidosis diabética ante síntomas sugestivos aun sin hiperglucemias elevadas, particularmente en situaciones de riesgo, e informar a los pacientes para que acudan al médico si estos aparecen; asimismo, interrumpir el tratamiento ante la sospecha de cetoacidosis.

Cuidados de enfermería: Entre los diagnósticos relevantes se identificaron el déficit de intercambio gaseoso por la acidosis metabólica la confusión, alto riesgo para lesión cutánea propio inmovilización física y disposición para mejorar el estado terapéutico.

Se recomienda levantamiento referencial sobre el cuidado de enfermería en la cetoacidosis diabética con el fin de mantener actualizado

los conocimientos sobre el abordaje en los servicios de la unidad de cuidados intensivo. (17)

2.7. Shock séptico y las secuelas neurológicas

El shock séptico es una afección mortal ocasionada por una infección grave localizada o sistémica o la hipo perfusión tisular ocasiona insuficiencia orgánica y caída de la presión sanguínea, se manifiesta con hipotensión, brazos y piernas fríos y pálidos, escalofríos, dificultad para respirar y disminución en la producción de orina, desorientación y confusión mental.

Las complicaciones neurológicas como paresias y deterioro cognitivo, con discapacidades funcionales y posteriormente, mala calidad de vida, retraso mental severo con epilepsia, cuadriplejia espástica, convulsiones, pérdida de audición sensorineural, isquemia cerebral, los trastornos metabólicos y la neuroinflamación. Los pacientes con frecuencia experimentan delirio y trastornos de la conciencia, la respuesta inflamatoria sistémica favorece la liberación de encefalinas y endorfinas, que conduce a vasodilatación y descenso de la contractilidad miocárdica, lo cual reduce la presión de perfusión cerebral

A partir de la valoración física y de la observación de la persona enferma como se pueden identificar los problemas característicos y como se determinan la enfermera requiere conocimientos suficientes sobre las entidades patológicas que con mayor frecuencia se les asocian. A su vez, debe estudiar con especial cuidado los condicionantes que generan fenómenos y situaciones a las que la persona se enfrenta luego de superada la enfermedad y diagnósticos de enfermería sobre los cuales se planea el cuidado y se priorizan las actividades.

La intervención de enfermería va encaminada a examinar su definición, la forma de presentación, la fisiopatología, los hallazgos en la valoración de enfermería y los problemas reales o potenciales sobre los cuales la enfermera debe planear su intervención analizando el PAE y

el Modelo de Marjory Gordon en la valoración de paciente con shock séptico y secuelas neurológicas, mediante la utilización de los 11 patrones funciones, se debe elaborar una propuesta de planes de cuidados de enfermería en base a la taxonomía de la NANDA, NIC, NOC

- Anatomofisiología y fisiopatología de shock séptico y secuelas neurológicas. - La sepsis es un síndrome clínico de disfunción orgánica debido a la respuesta anómala del huésped ante una infección, que puede progresar a un estado crítico denominado shock séptico caracterizado por disfunción endotelial microvascular, respuesta inmunológica desregulada y alteración de la coagulación, esto deja en la persona secuelas neurológicas a largo plazo.

Se recomienda el estudio exhaustivo de la patología shock séptico y sus secuelas neurológicas para su mayor entendimiento

- Epidemiología de la enfermedad, factores de riesgo y método diagnóstico. - Cada año, aproximadamente, 31 millones de personas sufren un episodio de sepsis. De estos, unos 6 millones de personas fallecen a causa de la sepsis. En los países de bajos y medianos ingresos la carga de la sepsis es más elevada y representa una de las causas principales de muerte maternal y neonatal. Pese a ello, resulta muy difícil hacer una valoración de la carga de enfermedad a nivel mundial debido a las limitaciones en el diagnóstico y la notificación.

Se recomienda el estudio comprometido de la relevancia epidemiológica de esta patología para saber la realidad social del país ya que representa una de las causas principales de muerte maternal y neonatal.

- Tratamiento primera elección. - Las bases del tratamiento de la septicemia y el shock séptico siguen siendo, desde la década de 1960, la rápida administración de antibióticos (ATB) empíricos contra las bacterias más probables, la reanimación con líquidos y vasopresores para mejorar la hipotensión y mantener la perfusión tisular y la eliminación o el drenaje inmediatos del foco

de infección el tratamiento que se determinó para el paciente fue Oseltamivir, Dobutamina, Noradrenalina, Midazolam, Fentanilo, Heparina sódica, Furosemida, obteniendo una respuesta farmacológica favorable.

Se recomienda un correcto tratamiento para una recuperación obteniendo una respuesta farmacológica favorable del paciente, conociendo y aplicando la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos

- Los patrones alterados de esta patología se encontraron, patrón 2: nutricional metabólico, patrón 3: eliminación, patrón 4: actividad y ejercicio, Patrón 8. Rol – Relaciones y dado a esta se han determinado los diagnósticos de enfermería para aplicación de cuidados de enfermería, Deterioro del intercambio de gases 00030, Riesgo de perfusión cerebral ineficaz 00201, Afrontamiento familiar comprometido 00074, paciente demostró mejoría cuando se aplicó los planes de enfermería.

Se recomienda aplicar los correctos planes de enfermería para este tipo de pacientes, ya que su humanidad está completamente comprometida. (18)

2.8. Afectaciones en la salud mental del adulto que ha padecido pancreatitis aguda

La pancreatitis aguda como un proceso inflamatorio que causa aumento en la concentración de enzimas pancreáticas con respuestas inflamatorias local y sistémica y compromiso variable de órganos y sistemas distantes, caracterizada por presentar dolor en la parte alta de abdomen persistente de tipo punzante a nivel de epigastrio, dolor abdominal que se extiende hacia la espalda, dolor abdominal que empeora después de comer, náuseas, fiebre. Entre las complicaciones más graves se encuentra la encefalopatía pancreática que se caracteriza por disminución del estado de alerta (puntuación en la escala de coma de Glasgow menor de 14) durante la evolución de la pancreatitis aguda

grave. Además, alteraciones del comportamiento: agitación sicomotriz, euforia, confusión, crisis convulsivas focales o generalizadas, alteraciones inespecíficas en el electroencefalograma; tomografía computada de cráneo normal y disociación albumino-citológica en líquido cefalorraquídeo. Con una incidencia en Ecuador de acuerdo a estudios del INEC; El (53.1%) es del género femenino, con un alto índice en el adulto mayor (40.4%). tiene como objetivo general dar a conocer los cuidados de enfermería en pacientes adultos con pancreatitis aguda y sus afectaciones en la salud mental de la paciente.

- De acuerdo a los patrones de Marjory Gordon en donde se analiza los datos objetivos y subjetivos nos orientan a realizar planes de atención para mejorar la calidad de vida del paciente, en donde se destaca el Patrón 2: Nutrición, Patrón 3: Eliminación, Patrón 10: Control de estrés y adaptación que nos permiten reconocer la afectación de la salud mental como posible complicación producto de la encefalopatía pancreática
- En referencia a los planes de atención de enfermería, se enfoca en resolver el dolor agudo, el riesgo de desequilibrio electrolítico y el diagnóstico de bienestar: disposición de mejorar los conocimientos sobre su régimen terapéutico, con la intención de reconocer la afectación en la salud mental secundario a la pancreatitis aguda, relacionado el modelo de la NANDA en donde se detalla un plan de cuidados, definir unos resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) esenciales para la ejecución y disminución de complicaciones del paciente para la evolución satisfactoria de la paciente. (19)

2.9. Afectaciones en la salud mental del adulto que ha padecido traumatismo cráneo encefálico

Trastornos psiquiátricos post-TCE Los trastornos comportamentales pos-TCE se presentan bajo la forma de un trastorno psiquiátrico nosológicamente clasificable (p. ej., episodio depresivo mayor) o como un síndrome sin clasificación establecida (p. ej., síndrome apático). La literatura médica es clara en señalar que las alteraciones neurop-

siquiátricas y cognitivas probablemente constituyen los problemas de salud de más difícil manejo y que más influyen en la reintegración del paciente luego del TCE. Es importante recalcar la gran heterogeneidad sintomática y las dificultades que se presentan, a veces, para el diagnóstico, por la gran frecuencia de mixturas sintomáticas, síndromes incompletos e incluso “síntomas sin nombre”. Adicionalmente, el TCE es un proceso muy dinámico en su evolución, lo cual hace que algunos problemas sean transitorios o incluso fugaces, mientras otros aparecen de manera tardía y tienden a permanecer durante largo tiempo. Todo lo anterior agrega complejidad al diagnóstico y tratamiento, a la par que dificulta la investigación. Dada la orientación eminentemente clínica del presente artículo, frente a la cuestión etiológica, nos limitaremos a señalar los siguientes aspectos: • Es muy difícil establecer una relación causa-efecto directa entre el TCE y el trastorno psiquiátrico en todos los casos.

Esto no sucede con las alteraciones cognitivas, donde la relación lesión-déficit está bien documentada.

- Existe la posibilidad de que el TCE actúe como desencadenante o facilitador de la expresión de otras vulnerabilidades relacionadas con los trastornos psiquiátricos.
- Pueden combinarse las secuelas psicosociales, las variables de personalidad y otros factores aún no bien establecidos con los efectos cerebrales del TCE para generar los trastornos psiquiátricos.

Finalmente, en las secciones siguientes utilizamos una clasificación descriptiva, convencional, que no agota la gran heterogeneidad de síndromes y síntomas que se presentan en los pacientes. Las cifras mencionadas deben ser tomadas con cautela, pues en nuestro medio todavía no existe una adecuada y actualizada epidemiología de estos trastornos en pacientes pos-TCE. Depresión Las complicaciones más frecuentes pos-TCE son los trastornos ansiosos y del ánimo, y de estos últimos sobresalen los de tipo depresivo.

Las cifras presentadas en la literatura médica oscilan entre el 20% y el 45%. Similar a los pacientes que no han sufrido TCE, identificar el trastorno no siempre es fácil, porque los síntomas pueden estar acompañados de alteraciones concernientes al mismo trauma, como las secuelas motoras o cognitivas que pueden “empañar” la clínica, generando tanto falsos positivos como falsos negativos. De todas maneras, los estudios han concluido que hay una buena sensibilidad y especificidad en el diagnóstico cuando se usan los criterios DSM-IV y son éstos los que deben utilizarse para orientación en la búsqueda de que paciente podría sufrir el trastorno. En el caso de la depresión, se ha observado que la parte anterior del lóbulo cerebral izquierdo, principalmente los ganglios basales y la corteza prefrontal dorsolateral, es una zona muy relacionada con la aparición de los síntomas, pero debemos tener en cuenta que estos hallazgos no son patognómicos ni pueden explicar completamente el cuadro clínico; además, son sólo pequeñas aproximaciones en el entendimiento de problema, ya que todas las lesiones son difusas y afectan las regiones cerebrales sin un patrón determinado.

Otra de las posibles etiologías de los cuadros depresivos es el aspecto psicológico: cuando el paciente comienza a tener una visión negativa de sus limitaciones, del cambio que ha tenido postrauma, de la dificultad para reintegrarse a su ambiente familiar y laboral, puede ser vulnerable a los cambios anímicos. Paradójicamente, se ha observado que esto es más frecuente cuando el paciente mejora en el aspecto cognitivo y en la introspección (al mejorar estas capacidades el paciente puede con mayor claridad comparar su funcionalidad previa y actual). La discapacidad psicosocial se ha correlacionado de manera más estrecha con la depresión pos-TCE que las secuelas motoras. En general, el cuadro vegetativo (alteraciones de sueño, apetito, psicomotricidad y retardo psicomotor) es más frecuente cuando el episodio se presenta agudamente y se ha relacionado con la lesión cerebral. Por otra parte, los aspectos cognitivos y emocionales típicos de la depresión (ideas de minusvalía, ideación suicida y desesperanza) son más evidentes en

la medida en que el cuadro se da más tardíamente relacionado con la recuperación.

En cuanto al diagnóstico diferencial, son importantes el síndrome apático, la llamada incontinencia emocional o afecto pseudobulbar, el efecto de los trastornos de ansiedad y la desmoralización. En el síndrome apático, tiende a estar ausente el ánimo triste, al igual que en la incontinencia emocional (el paciente llora de manera intensa sin una emoción de tristeza). En el síndrome de desmoralización, predominan los aspectos cognitivos (recriminaciones y minusvalía), relacionados con la situación de discapacidad y las secuelas psicosociales. Finalmente, en lo concerniente al manejo para el tratamiento con antidepresivos, se prefieren los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y en los casos en que no responden bien, medicamentos como la venlafaxina y la mirtazapina, o incluso extrapolar con cautela las estrategias para la depresión resistente de otras poblaciones de pacientes deprimidos.

Los antidepresivos tricíclicos se reservan para los pacientes en estado crónico, siempre teniendo en cuenta la posibilidad de agravar el déficit cognitivo. Adicionalmente, son el tratamiento de elección las intervenciones psicoterapéuticas y educativas adaptadas a los déficits cognitivos/sensoriales del paciente. Manía La incidencia de la manía es mucho menor que el trastorno depresivo, ya que alcanza una cifra aproximadamente del 7% entre los trastornos psiquiátricos pos-TCE. El diagnóstico, así mismo, se basa en los criterios DSM, teniendo una relación temporal la aparición del cuadro clínico con el trauma.

Generalmente, prima lo anímico y lo conductual (ánimo expansivo, desinhibición, aumento de la actividad motora, locuacidad, agresividad, aumento de la libido). Se presenta con menor frecuencia lo cognitivo de grandeza. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con un cambio de personalidad pos-TCE y con la psicosis exotóxica, sobre

todo esta última, ya que hay una relación estrecha entre el trauma y un aumento en la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas. En cuanto al tratamiento, nuestro grupo ha tenido adecuada respuesta a estabilizadores convencionales, aunque se prefieren los anticonvulsivos. También se ha tenido adecuada respuesta y buena tolerabilidad con los antipsicóticos de segunda generación, como coadyuvantes. El litio se reserva para casos más complejos, por su tolerabilidad. Psicosis En la búsqueda del entendimiento causal de la esquizofrenia, una esperanza que se ha abierto es la comprensión de los trastornos psicóticos que se generan luego de una lesión cerebral directa. Esto podría llevar a saber cuáles son las zonas de mayor riesgo, qué cambios ocurren y hacia dónde debe ser enfocado el tratamiento; sin embargo establecer una relación directa entre el traumatismo y el desarrollo de los síntomas no siempre es sencillo.

La incidencia de TCE aumenta en los pacientes psicóticos y los síntomas se encuentran con una mayor frecuencia en individuos con TCE; además, el cuadro clínico no se desarrolla siempre de forma inmediata, sino años después del evento traumático. Pero, como se mencionó, existe gran controversia a este respecto. El diagnóstico debe tratar de construirse teniendo en cuenta: temporalidad (momento en el que sucedió el accidente y la aparición de los síntomas); edad de inicio, que generalmente es inusual a la de los trastornos no traumáticos; presentación atípica de los síntomas, como alucinaciones táctiles u olfatorias; ausencia de antecedentes pre mórbidos, como personalidad esquizoide o síntomas básicos; rápida respuesta al tratamiento; evolución satisfactoria, y ausencia de familiares en primer grado que padezcan esquizofrenia. Los estudios han mostrado que la región que podría estar más afectada en la producción de psicosis es el lóbulo temporal, ya sea por daño directo o por mecanismos indirectos, secundarios al trauma. Diferente a otros trastornos psiquiátricos, la gravedad del daño influye y parece existir una relación directamente proporcional. Son factores de riesgo importantes el consumo previo de sustancias psicoactivas y el desarrollo de epilepsia postraumática.

En cuanto al tratamiento, se utilizan los antipsicóticos, especialmente los de segunda generación. Debe recordarse que estos pacientes son especialmente sensibles para el desarrollo de extrapiramidalismo, tanto temprano como tardío, lo cual puede complicar el diagnóstico y la recuperación cuando se utilizan agentes de primera generación.

Trastornos de ansiedad Los trastornos de ansiedad son las más frecuentes alteraciones observadas en pacientes pos-TCE. Tal vez la razón de ello sean las múltiples causas que se han atribuido a su etiología: preocupaciones por las secuelas del trauma, distorsiones cognitivas, fenómenos de condicionamiento ansioso, disrupción de circuitos neuronales, etc. Una de nuestras pacientes tenía antecedentes de ansiedad generalizada leve y luego del trauma comenzó a presentar crisis de pánico que, en conjunto con la inestabilidad motora por el TCE, rápidamente la llevaron a un temor excesivo de caer y, posteriormente, a agorafobia, incluso una vez se resolvieron los problemas de la marcha.

Adicionalmente, al profundizar en la historia, la paciente tenía unos esquemas cognitivos de intolerancia a la incertidumbre, hiperexigencia y obsesividad, que se activaron luego del trauma. Este caso puede ilustrar cómo la interacción de factores neurobiológicos, cognitivo-conductuales, de personalidad y psicosociales interactúa generando un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad que con mayor prevalencia se presentan son el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), aunque también se han reportado fobias específicas, ansiedad social (la hemos observado aparecer de manera secundaria cuando hay secuelas deformantes o movimientos anormales) y trastorno obsesivo-compulsivo.

Frente al TEPT, se pueden resaltar los siguientes aspectos:

- Su clínica es similar a la de pacientes sin TCE.
- Paradójicamente, puede desarrollarse incluso en pacientes que no recuerdan el accidente.
- Se puede presentar hasta en un 20%-30% de los pacientes.
- Se han identificado como factores de riesgo: presencia de reac-

ción de estrés agudo, lesión cerebral difusa, ansiedad temprana postrauma, agresión como causa del TCE, recuerdo del evento/accidente. De nuevo, los ISRS y la venlafaxina son muy buenas alternativas, en conjunto con la terapia cognitivo-conductual.

Frente a las benzodiacepinas, hay recomendaciones en controversia, por su potencial de afectar más la memoria y de causar desinhibición paradójica. En nuestra experiencia, son agentes que, a dosis promedio bajas, durante un tiempo relativamente breve y con un seguimiento clínico adecuado para detectar efectos adversos, son de gran utilidad. Alteraciones de la personalidad Las alteraciones de la personalidad son una muestra de hasta dónde puede llegar a repercutir el TCE en la salud de un individuo, ya que son los más frecuentes cuando se tiene en cuenta la variable tiempo.

Existen estudios de seguimiento de hasta 30 años donde pueden aparecer estos cambios. Tienen un rango muy amplio: desde sutiles diferencias en la forma de ser sólo perceptibles por personas muy íntimas y conocidas, pasando por exacerbaciones de características que ya se poseían (el individuo irritable antes del trauma se convierte en una persona agresiva y explosiva), hasta cambios extremos que transforman al paciente en alguien completamente diferente (el individuo lacónico, retraído se vuelve desinhibido, locuaz e intrusivo).

Al realizar el diagnóstico de un trastorno de personalidad secundario a TCE, deben tenerse en cuenta varias características: deterioro del comportamiento ligado a la normatividad social, autocontrol alterado, cambio emocional, respuesta comportamental inadecuada a estímulos e incapacidad para aprender desde la experiencia social; además, las diferencias deben permanecer en el tiempo y no ser producto de cambios agudos del trauma, ni ser producidas por consumo de sustancias psicoactivas.

Aunque cualquier región cerebral podría llevar a estas alteraciones, ciertos sitios anatómicos cobran gran importancia como los bien conocidos síndromes del lóbulo frontal —apático, relacionado con el cíngulo anterior; el desinhibido, que se presenta en lesiones órbito-frontales, y cambios cognitivos al dorsolateral y ciertas estructuras clave en lo anímico y comportamental.

Generalmente, se diseñan e implementan planes de tratamiento de acuerdo con los tipos de alteración de la conducta que presenta el paciente. Siempre debe involucrarse a los cuidadores.

Irritabilidad y agresión Entre los síntomas más frecuentes observados luego del TCE, en algún momento de la recuperación, están los del espectro de la agitación/irritabilidad y agresión. La nosología de estas alteraciones es particularmente problemática, ya que puede aparecer como parte de otros trastornos pos-TCE o como un síndrome aislado y supremamente heterogéneo, que abarca diversas conductas y estados subjetivos. Se considera que al menos un 30% y hasta un 50% de los pacientes presentan irritabilidad/agresión/ agitación clínicamente significativa durante algún período en el primer año pos-TCE. Es usual que en los primeros días, cuando el individuo se encuentra aún en estado confusional, se presenten conductas disruptivas, movimientos que entorpecen el proceso médico o del cuidador o súbitas reacciones violentas (delírium agitado).

También en las primeras semanas podemos encontrar irritabilidad, inquietud motora, respuestas inapropiadas y cambios emocionales, que sugieren un proceso de adaptación a las consecuencias del trauma; en otros casos se establecen cambios persistentes muy diferentes a la personalidad previa del individuo, caracterizados por comportamiento agresivo (personalidad agresiva pos-TCE). Como vemos, este tipo de cambios pueden acompañar tanto la evolución aguda como la crónica y hacer parte de otros trastornos postrauma mencionados.

El proceso diagnóstico y la formulación de caso del paciente pos-TCE deben incluir los siguientes elementos:

- ¿En qué circunstancias se presenta (es espontáneo o provocado)? ¿Cuál es frecuencia? ¿Cuánto dura? ¿Cómo se siente el individuo después? ¿Cómo logra calmarse al paciente?
- Gravedad: ¿es un fenómeno subjetivo? ¿Hay agresión verbal, destructividad o agresión física?
- ¿Se trata de un síndrome de irritabilidad/agresividad aislado o se presenta como parte de depresión, ansiedad, psicosis, etc.?
- Recordar siempre: un tercio de los deprimidos/ansiosos pos-TCE se torna irritable agresivo y al menos un tercio de los irritables/agresivos pos-TCE tienen importantes síntomas/síndromes ansiosos o depresivos. Lo anterior hace necesario efectuar un proceso de diagnóstico diferencial, que busque en especial ansiedad y depresión.
- La personalidad previa es muy importante en el análisis del caso: los pacientes con historia de irritabilidad/agresión previos presentan con mucha más frecuencia este problema. También la historia de abuso de sustancias guarda relación con el desarrollo de estas alteraciones. Cuando se diagnostica un trastorno de agresividad pos-TCE, es necesario tener en cuenta las siguientes características: se presenta una respuesta exagerada a mínimos estímulos, no es usual o planeado el comportamiento agresivo, no existe objetivo o este no es muy claro, es súbita y explosiva su aparición, alterna con períodos de relativa calma, es egodistónico y no hace parte de un delirium, ni es mejor explicado por otro trastorno pos-TCE, ni ocurre como consecuencia del uso de sustancias psicoactivas. Definitivamente, la región más involucrada con estos síndromes es el lóbulo frontal, en especial la órbita-frontal. Con frecuencia, el tratamiento de estas alteraciones es complejo. Se requiere un buen entrenamiento de los cuidadores, la modificación ambiental, la intervención psicológica orientada a mejorar el autocontrol y el uso prudente y racional de los medicamentos. Se prefiere comenzar con agentes bien

tolerados, como pueden ser los anticonvulsivos (especialmente el valproato), y si no hay respuesta, buscar otras alternativas como los antipsicóticos o el propanolol. Es importante tratar de no recurrir de entrada a la polifarmacia. Esta necesidad y el tipo de medicamento escogido están dictados por una combinación de factores: la gravedad/urgencia, la frecuencia del problema, así como la presencia de depresión, ansiedad, psicosis, etc. Síndrome apático Uno de los problemas comportamentales que genera mayor interferencia con la rehabilitación y la reintegración del paciente con TCE es el desarrollo de apatía. Se puede definir como un síndrome donde se combinan la disminución de:

- La respuesta emocional.
- El interés por la actividad.
- La actividad dirigida a metas y espontánea. Puede hacer parte del síndrome depresivo o presentarse de manera independiente. Se presenta, al menos, en un 10% de las personas con TCE. El diagnóstico diferencial es con el trastorno depresivo, los efectos de medicamentos, el déficit cognitivo, la desmoralización. Para el tratamiento se emplean:
 - Agonistas dopaminérgicos (amantadina, bromocriptina).
 - Estimulantes (modafinil o metilfenidato).
 - Bupropion.
 - Anticolinesterásicos. En nuestra experiencia, el uso de estimulantes (metilfenidato y modafinil) es la opción más útil.

Síndrome posconcusional Las implicaciones que puede tener un traumatismo son tan variadas que aun cuando el TCE es leve (no ha implicado pérdida de conciencia, ni alteración de la memoria ni cambios en el puntaje de la escala de Glasgow), puede llevar a alteraciones de la funcionalidad en diversos campos. Como sabemos, las situaciones en las cuales las lesiones cerebrales externas son calificadas de leves son las más frecuentes y el hecho de que puedan producir cambios en lo cognitivo, lo emocional y lo comportamental es debido a una serie de fenómenos fisiopatológicos relacionados con la respuesta cerebral

(estructural y funcional) al daño celular. Estos fenómenos no siempre son detectables con la resolución que poseen las ayudas diagnósticas convencionales. Aunque todavía es tema de debate el síndrome posconcusional, se define como un trastorno que sigue a un TCE leve y se caracteriza por al menos tres de los siguientes síntomas: cefalea, vértigo, fatiga, irritabilidad, insomnio, alteración de la memoria o la concentración y disminución de la tolerancia al ruido o a la luz. Algunos autores dicen que éstos deben persistir durante un período de tres meses como mínimo; para otros, el tiempo puede ser menor.

Algunos autores lo han conceptualizado como una forma secundaria de trastorno somatoforme, por las quejas de dolor e incapacidad, la alteración del ánimo y la relación con el estrés. Paulatinamente se ha venido cambiando de perspectiva frente a la relación que otrora se estableció entre compensación, litigios, pensiones y este trastorno. Hoy en día se reconoce que hay muchos casos en que los síntomas persisten pese a lograr beneficios de diverso tipo. Por lo tanto, síndrome posconcusional no siempre significa búsqueda de compensación pecuniaria. Más recientemente se ha identificado que estos pacientes presentan anomalías neuropsicológicas y de neuroimágenes sutiles, pero significativas, que parecen estar en relación con los síntomas que se refieren.

Finalmente, es necesario recalcar que el síndrome posconcusional es causa de importante discapacidad y afectación psicosocial. Frente al enfoque terapéutico, se debe mencionar que se las terapias de orientación cognitiva han dado resultados favorables; de hecho, la educación temprana acerca de cómo afrontar las molestias posteriores al TCE disminuye de manera importante el desarrollo de este síndrome. (20)

2.10. Caso clínico sobre la insuficiencia respiratoria aguda y su repercusión en la salud mental

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es la incapacidad del sistema respiratorio de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre

circulante, ésta debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes y la altitud en que se encuentra el paciente, Describir la insuficiencia respiratoria como hipoxémica o hipercarbica provee alguna información acerca del déficit fisiológico que la produce, sin embargo, una mejor comprensión y reconocimiento de la fisiopatología, considerando individualmente cada uno de los componentes del sistema respiratorio que son requeridos para su funcionamiento fisiológico, nos permitiría una estrategia de diagnóstico y tratamiento, además esto repercute en la salud mental, debido a que los músculos respiratorios con el pasar del tiempo se deteriora y causa ansiedad y problemas de mentales de diferente tipo.

La salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico y social, debemos recordar que el propio envejecimiento fisiológico eleva la incidencia de enfermedades y éstas repercuten en aspectos funcionales, lo que favorece la incapacidad. Se compone del área cognitiva y afectiva, con esto conoceremos las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. La parte cognitiva depende de muchos factores, entre otros los factores orgánicos, psicosociales, las patologías que tiene la persona, además la prevalencia de problemas en la esfera mental es muy grande, cerca del 25% de las personas sufren de algún trastorno psiquiátrico, y se suma un porcentaje similar de problemas demenciales a los 80 años de edad (20% sufren de demencias).

El síndrome de dificultad respiratoria aguda ocurre cuando se acumula líquido en los sacos de aire elástico y diminuto (alvéolos) de los pulmones. El líquido impide que los pulmones se llenen con suficiente aire, por lo tanto, llega menos oxígeno al torrente sanguíneo. Esto priva a los órganos del oxígeno que necesitan para funcionar.

La fisiopatología de la enfermedad deriva de diferentes razones, las cuales son enfermedades neuromusculares, enfermedades de la caja torácica, depresores Sistema Nervioso Central (SNC), obstrucción de

vía aérea superior, Inhalación de humos, esto nos da a conocer el origen de la enfermedad y que lo provoca. (21)

2.11. Complicaciones mecánicas de prótesis articular de cadera y su repercusión en su esfera mental

Las Complicaciones mecánicas de prótesis articular de cadera; es la retirada de secciones dañadas de la articulación de la cadera reemplazando con piezas que, por lo general, están fabricadas con metal, cerámica y un plástico muy duro, ayudando a reducir el dolor y mejorando la función articular enfocando los planes de atención de la Nanda de enfermería en la salud mental del paciente.

A través de los planes de atención de enfermería en la Paciente con Complicación de Prótesis de Cadera nos permite ver una mejoría en la evolución de su patología en la prevención y promoción de la salud. Complicación de Prótesis de Cadera se determina dolor persistente, donde las complicaciones que presenta el paciente son las siguientes , Infección tardía de la herida quirúrgica , Rigidez de cadera, Dolor persistente, Luxación posterior de la prótesis aflojamiento de la prótesis de acuerdo a la patología ya antes mencionada, así mismo, alteraciones de los exámenes paraclínicos de laboratorio e imagen en la cual nos permiten analizar los planes de atención para mejorar la calidad de vida del paciente.

Los profesionales de enfermería desarrollan actividades en Pro a la Salud de la paciente identificando cuáles son sus dolencias principales enfocados en la relación con los Planes de Atención de la Nanda siendo los principales que se pueden determinar el diagnóstico real, diagnóstico de riesgo, diagnóstico de bienestar, implementando medidas para la evolución satisfactoria del paciente.

Pueden determinar el real diagnóstico, diagnóstico de riesgos, diagnóstico de bienestar, implementando medidas para la evolución satisfactoria del paciente a través de estas herramientas se pueden iden-

tificar las dolencias que padeció nuestro paciente por su prótesis de cadera y así mismo su efecto sobre su esfera mental. (22)

2.12. Cura operativa de hernia inguinal unilateral derecha encarcelada y su repercusión en la salud mental

La Hernia Inguinal Unilateral Derecha encarcelada ocurre cuando una porción de tejido, o una parte del intestino, empuja hacia afuera a través de un lugar debilitado en los músculos abdominales. Ayudando a reducir el dolor y mejorando la evolución del paciente enfocando en los planes de atención de la Nanda de enfermería en la salud mental del paciente, utilizando el modelo de la teorizante Hildegart Peplau que es la que se identifica en la relación enfermera - paciente.

De acuerdo a los estudios fisiopatológicos del paciente con Hernia Inguinal derecha encarcelada nos indican los diferentes signos y síntomas que presenta de acuerdo a esta patología como es la sensación de ardor o dolor en el área del bulto, el dolor o incomodidad en la ingle, así mismo los valores alterados de los paraclínicos tanto de laboratorio como de imagen.

A través de los planes de atención de enfermería que se debe realizar a este tipo de pacientes con Hernia Inguinal derecha encarcelada enfocados en la salud mental del paciente, los profesionales de enfermería al desarrollar este tipo de actividades en Pro a la Salud del enfermo identificando su padecimiento principal en relación a los planes de atención determinando los principales diagnósticos que se pudo determinar fueron; Riesgo de desequilibrio Electrolito R/C Vómitos, Dolor agudo R/C lesión en la pared abdominal M/P Autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas del dolor (EVA) , Disposición para mejorar los conocimientos sobre su régimen terapéutico Expresa deseos de mejorar el manejo de su enfermedad donde a través de los planes de cuidados e intervenciones de enfermería el paciente mejoro en su esfera física y psicológica. (23)

2.13. Depleción de volumen por fiebre persistente y su afectación en la salud mental del paciente

La depleción de volumen por fiebre persistente es una inflamación de la membrana interna del intestino causada por un virus, es una bacteria o parásitos indicada como gastroenteritis viral, una infección por norovirus. Se disemina a través de alimentos o agua que estén contaminados y el contacto con una persona infectada. Sus causas incluyen vómitos, sudoración excesiva, diarrea, quemaduras, consumo de diuréticos e insuficiencia renal. Sus características clínicas son disminución de la turgencia de la piel, mucosas secas, taquicardia e hipotensión ortostática. Se desarrolla las diferentes actividades relacionado en los planes de atención de la Nanda de Enfermería ayudando a reducir el dolor y mejorando la función intestinal del paciente pediátrico hospitalizado, logrando una mejoría en la evolución del enfermo pediátrico.

Un recuento fisiopatológico con depleción de volumen por fiebre persistente en el lactante pediátrico se determina dolor persistente, fiebre, diarrea, así mismo alteraciones de los exámenes paraclínicos de laboratorio en la cual nos permiten analizar los planes de atención para mejorar la evolución del paciente. El paciente pediátrico con depleción de volumen bacteriana requiere del profesional de enfermería mantener en vigilancia una adecuada hidratación, control de balance hídrico de los ingresos y egresos, controlar signos vitales, observar continuamente la bomba de infusión, la administración de fluido de terapia y tratamiento farmacológico, para prevenir complicaciones y tener una pronta recuperación del lactante menor.

Los patrones funcionales alterados según Marjorie Gordon, son cuatro los cuales son: Patrón 1: Percepción manejo de salud, Patrón 2: Nutrición, Patrón 3: Eliminación, Patrón 8: Rol – Relaciones. (24)

2.14. Caso clínico: gastroenteritis y su influencia en el ámbito de la salud mental

El cuidado de una paciente con gastroenteritis de larga evolución implica una atención integral, puesto que la pérdida rápida de líquido y electrolitos puede provocar una deshidratación aguda y debilidad generalizada que impida el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La gastroenteritis es un problema de salud inferior a las 2 semanas de evolución y caracterizada por diarrea, acompañada o no de vómitos, dolor abdominal y/o fiebre, frecuente en personas de edad avanzada. La causa principal es la infección en el 80% de los casos, fundamentalmente por *Norovirus*, *Salmonella*, *Shigella* y *Clostridium difficile*, transmitidos por los alimentos, el agua y las superficies contaminadas, así como directamente de persona a persona. En general, se resuelve sin tratamiento en 1 a 3 días, excepto en situaciones graves y en personas de edad avanzada, donde requiere una actuación más precisa. Inicialmente se suspende la ingestión oral de alimentos, que se reanuda precozmente cuando disminuye la frecuencia y el número de deposiciones y se ha comprobado la tolerancia oral, por el efecto trófico sobre el enterocito. En general, se utiliza una dieta astringente, aunque no hay estudios que confirmen su eficacia. La única restricción consensuada es la exclusión de la leche por la malabsorción de la lactosa secundaria al proceso inflamatorio.

La situación del paciente se resuelve mediante la reposición intravenosa de líquidos y electrolitos, junto a una alimentación temprana con exclusión de leche y derivados lácteos en la que se han ido incorporando sucesivamente alimentos con fibra hasta llegar a una dieta basal con buena tolerancia. Durante los días de hospitalización comienza a realizar ejercicios para mejorar la fuerza muscular. Esta recuperación física ha proporcionado la base para potenciar el resto de sus requisitos de autocuidado, tales como la mejora de su autoestima al recuperar su autonomía en el baño y para la higiene personal.

Ante la reanudación de la tolerancia oral y la normalización de las cifras de electrolitos, se retira la fluidoterapia intravenosa. En vísperas del alta

el paciente es capaz de acudir al baño con ayuda de un andador y supervisión, y llevar a cabo la higiene personal. Ha logrado su objetivo de realizar con ayuda las ABVD y recuperar la fuerza suficiente para volver a casa caminando.

La realización de este plan de cuidados permite, a partir de la metodología enfermera y con un lenguaje disciplinar, abordar una situación de salud derivada de un problema de colaboración, como es el caso de la gastroenteritis en las personas de mayor edad.

La intervención del centro de Enfermería comienza desde el ingreso de la paciente, ayudando a los profesionales en los roles que se asignaron, priorizando siempre al paciente. En el ingreso del paciente se toman datos del mismo, y muestras hospitalarias, adjuntando la recolección de información la cual se entrega al médico tratante, después que el especialista entregue el diagnóstico y tratamiento nos centramos en la aplicación del mismo, además que controlamos la evolución de la paciente hasta que muestra mejoría y sus valores vuelven a la normalidad.

Ante la patología como profesionales de la salud, es importante educar a los padres orientándoles acciones que permiten disminuir el riesgo de contraer la enfermedad. Es necesario realizar el lavado de manos antes de tener contacto con el niño, ya que de esta manera se evita la proliferación de agentes patógenos, lavar los alimentos antes de ser ingeridos, etc. (25)

2.15. Importancia de la salud mental en pacientes con procedimientos quirúrgica debido a una histerectomía

La histerectomía en si consiste en una operación quirúrgica en la extracción total o parcial del útero, órgano femenino que se encarga de alojar al feto durante el embarazo. La histerectomía puede ser abdominal, vaginal o laparoscópica, en consecuencia, la mujer puede sentir que su esencia femenina ha sido disminuida, generando sentimientos

de inferioridad con respecto a su género, lo que se refleja con la aparición de temores en relación a los cambios potenciales en su imagen corporal y la percepción de quedar vacía. La histerectomía, es la segunda cirugía ginecológica más frecuente después de la cesárea. Este procedimiento es uno de los más empleados a nivel mundial para el tratamiento de patologías benignas. En el aspecto asistencial de Enfermería, consiste en la responsabilidad de los cuidados de salud mental, ya que dirige el proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas como es la valoración de las necesidades, diagnósticos de enfermería, planificación de los cuidados, ejecución y evaluación del proceso de cuidados así mismo fomentar, previene, mantiene y rehabilita la salud mental del paciente y se encarga de su cuidado.

La Organización Mundial de Salud manifiesta, que la buena salud mental está relacionada con el bienestar mental y psicológico, así mismo la OMS trabaja para mejorar la salud mental de las personas y de la sociedad en conjunto y ello incluye fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proteger los derechos humanos y atender a las personas con trastornos mentales.

Salud mental en pacientes con intervención quirúrgica por histerectomía

Definimos histerectomía como la operación quirúrgica que consiste en la extracción total o parcial del útero, órgano femenino que se encarga de alojar al feto durante el embarazo. La histerectomía puede ser abdominal, vaginal o laparoscópica.

Existen diferentes razones por las que se lleva a cabo este procedimiento como por ejemplo cuando la mujer sufre de menorragia, fibromas uterinos, tumores pélvicos, endometriosis, etc. tiene como objetivos. Conocer los diferentes tipos de histerectomías que existen. Causas de porqué se lleva a cabo este procedimiento. Hablar de los beneficios y riesgos de realizar una histerectomía.

Una histerectomía se suele llevar a cabo ante las siguientes circunstancias:

- Menorragia periodos con sangrados fuertes o dismenorrea periodos dolorosos.
- Fibromas uterinos: tumores benignos de fibras musculares que crecen en la pared muscular del útero, algunos pueden crecer en la cavidad del útero y pueden protruir hasta la cavidad pélvica, pueden ser tan pequeños como un guisante hasta tan grandes como un balón de fútbol.
- Tumor pélvico que puede ser tanto benigno como maligno (cancerígeno) Adhesiones pélvicas severas. Pueden causar dolor.
- Cuando el tejido del útero (endometrio) crece fuera de la cavidad uterina puede causar dolor severo.
- Condición en la que el tejido del útero comienza a crecer entre la capa muscular del útero. Causa periodos dolorosos.
- Prolapsos uterinos. Cuando el útero no está sujeto adecuadamente por los músculos de alrededor y protruye a la vagina.

Este es un procedimiento mayoritariamente electivo, resolutorio de patologías benignas tales como menorragia, prolapso uterino y miomatosis, correspondiendo esta última a la principal patología causante de esta cirugía.

Existen diferentes tipos de histerectomía según la extensión de la operación y los órganos afectados.

- Histerectomía subtotal o parcial por la que se extirpan los dos tercios superiores del útero, dejando el cuello uterino, trompas y ovarios.
- Histerectomía total en la que se extirpa todo el útero (cuerpo y cuello), dejando las trompas y los ovarios.
- Histerectomía total con anexectomía (o salpingooforectomía) bilateral por la cual se extirpa el útero junto con las trompas y ovarios. También puede ser unilateral cuando se extirpa el ovario y trompa de un lado.

La histerectomía se puede realizar de diferentes maneras y con variaciones particulares: por vía abdominal, vía vaginal y con asistencia mediante laparoscopia. Histerectomía radical que incluye la extirpación de útero, trompas, ovarios, parte alta de la vagina y los ganglios linfáticos regionales.

LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL: Se realiza sobre todo cuando hay que proceder a una exploración meticulosa de la pelvis (por ejemplo, cuando existe sospecha de masa tumoral), cuando el útero es muy voluminoso, y cuando existen procesos inflamatorios o adherenciales muy intensos. La incisión para entrar en el abdomen se puede realizar mediante una incisión vertical (laparotomía media) o transversa baja “incisión de Pfannestiel”. En general, la estancia postoperatoria es más larga que con las otras vías de abordaje y existe mayor riesgo de que se realice la extirpación de los ovarios.

LA HISTERECTOMÍA VAGINAL: Se realiza sobre todo cuando existen prolapsos o descensos genitales o el útero tiene miomas pequeños que se pueden extraer a través de la vagina, esta vía de operación no deja cicatrices visibles y la recuperación postoperatoria es más corta. Los inconvenientes de la misma es el acortamiento de la vagina y la lesión del llamado punto G o de Grafenberg.

LA HISTERECTOMÍA ASISTIDA CON LAPAROSCOPIA: Consiste en convertir una histerectomía abdominal en vaginal, introduciendo instrumentos bajo control laparoscópico a través de 3-4 orificios abdominales. Esta técnica requiere un entrenamiento complejo y las ventajas son la estancia hospitalaria más corta y cicatrices menos importantes. La incorporación de la laparoscopia representa un cambio indiscutible en la especialidad de Ginecología, pues permite la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En la actualidad, gran parte de la enfermedad ginecológica benigna puede ser abordada por esta vía en pacientes adecuadamente seleccionados.

Podemos concluir que la histerectomía laparoscópica siempre que se realice por personal calificado y con una selección correcta de los casos, tiene mayores ventajas biológicas, sociales y económicas que la histerectomía convencional, lo cual disminuye significativamente el costo hospitalario.

POSTERIOR AL PROCESO QUIRÚRGICO: La mujer experimenta consecuencias afectivas y psiquiátricas relacionadas a la extirpación y ausencia del útero, órgano considerado socialmente como un signo definitorio de la feminidad.

EN CONSECUENCIA: La mujer puede sentir que su esencia femenina ha sido disminuida, generando sentimientos de inferioridad con respecto a su género, lo que se refleja con la aparición de temores en relación a los cambios potenciales en su imagen corporal y la percepción de quedar vacía, así mismo, dentro de los diversos trastornos del ánimo que experimentan algunas mujeres posteriores a la cirugía, destacan trastornos depresivos y/o ansiosos, en algunos casos, caracterizados por síntomas como tristeza y/o desánimo, como consecuencia del impacto de la cirugía, que repercute en la capacidad reproductiva y sexual de la mujer, además, se encuentran trastornos depresivos y/o ansiosos con síntomas como mareos, problemas nerviosos, fatiga, falta de ánimo, irritabilidad, entre otros, los que perduraron después de meses o años luego de la cirugía, en las mujeres sometidas a este procedimiento.

RIESGO ASOCIADO A TENER UNA HISTERECTOMÍA: Algunos de los riesgos son raros o difíciles de producirse. Complicaciones potenciales que podrían aparecer durante la operación:

- Riesgos de usar anestesia general: siempre hay un riesgo de sufrir una reacción severa al someterse ante anestesia en cualquier procedimiento.
- Sangrado: en todas las operaciones existe riesgo de sangrado que podría requerir transfusión sanguínea

- Daño a la vejiga: si esto pasase, se repararía inmediatamente en la misma operación bajo la anestesia.
- Después de la operación, la paciente necesitara llevar una sonda vesical durante aproximadamente 10 días para dejar cicatrizar a la vejiga
- Daño en los intestinos: si esto ocurriese, sería reparado bajo la anestesia en la misma operación.
- Al finalizar, la paciente tendría una colostomía (agujero en el abdomen que conecta los intestinos con la pared abdominal y contiene las heces en una bolsa externa).
- Esta sería temporal, durante unos meses, ya que la pared intestinal debería cicatrizar.

Complicaciones que podrían aparecer después de la operación:

INFECCIÓN: existe una posibilidad de que aparezca infección después de cualquier operación. Esta infección puede ser de la herida, urinaria o pulmonar. También existe un pequeño riesgo de que se desarrolle un hematoma vaginal. Esto daría fiebre y una descarga vaginal.

Puede ser necesario un drenaje para drenar la infección de la herida o el hematoma vaginal. Las infecciones se tratarían con antibióticos. Problemas urinarios: se tratarían con antibióticos. Ocasionarían dolor al orinar y dolor pélvico.

TROMBOSIS O EMBOLISMO PULMONAR: un trombo es un coagulo sanguíneo que se forma en el interior de la vena e interfiere con la circulación sanguínea. Un embolismo pulmonar es un coagulo que se forma en los pulmones y que afectaría a la respiración. Para prevenir esto, será necesario administrar inyecciones de heparina subcutáneas. También se recomienda llevar medias compresivas durante la estancia en el hospital y empezar cuanto antes a caminar.

AIRE ATRAPADO: durante esta operación, se introduce aire en la cavidad abdominal y dicho aire podría quedarse atrapado. Esto ocasiona-

naría incomodidad y dolor. La movilización temprana junto con el movimiento intestinal temprano ayudaría a eliminar este aire cuanto antes. Se recomienda ducharse en cuanto la paciente se recupera de la anestesia después de la cirugía y pueda levantarse. Esto es posible en la mayoría de casos dentro de las primeras 12 a 24 horas tras la cirugía. Es aconsejable tomar alimentos variados, con porciones más pequeñas de lo normal y tomar refrigerios saludables entre las comidas. A su vez es aconsejable incrementar la ingesta de frutas y verduras, y beber dos litros de agua al día para evitar el estreñimiento. Es conveniente reiniciar la actividad física moderada (caminar) justo después de la cirugía. Caminar por la casa o utilizar las escaleras es posible desde los primeros días del postoperatorio.

Visión en el proceso atención de enfermería

En el aspecto asistencial, es responsable de los cuidados de salud mental, ya que dirige el proceso de atención de Enfermería en sus diferentes etapas (valoración de las necesidades, diagnósticos de enfermería, planificación de los cuidados, ejecución y evaluación del proceso de cuidados). Fomenta, previene, mantiene y rehabilita la salud mental de la comunidad y se encarga de su cuidado. Valora las situaciones individuales, familiares y colectivas tanto en el medio intrahospitalario como en el extrahospitalario.

Cuidado humanizado de enfermería en postoperatorio inmediato de pacientes histerectomizadas

Objetivos preoperatorios: Disminuir la ansiedad que experimenta la paciente y familia en el preoperatorio. Educar al paciente y familia en las medidas de prevención de las complicaciones quirúrgicas.

Objetivos postoperatorios: Prevenir la aparición de complicaciones postquirúrgicas. Educar al paciente y la familia en el manejo de los signos de alarma postoperatorias.

- Aplicación del control de signos vitales como medio de interac-

ción con el paciente.

- Ejecución de cuidados personalizados con base en el diagnóstico de enfermería y las necesidades del paciente.
- Educación integral a las pacientes histerectomizadas y su grupo familiar
- Comunicación con el paciente ofreciendo confianza, manteniendo contacto visual y lenguaje corporal.
- Cumplimiento del consentimiento informado sobre la resolución quirúrgica y su tratamiento post operatorio.
- Aplicación de la escucha empática centrada en el paciente y sus impresiones.
- Manejo del dolor como parte de la atención prioritaria de la paciente histerectomizadas.
- Presencia de complicaciones postoperatorias en las pacientes histerectomizadas.
- Aplicación de protocolo de atención a pacientes histerectomizadas basados en modelos de atención de Enfermería.
- Necesidad de formación del personal que realiza los cuidados en las pacientes histerectomizadas.
- Existencia de instrumentos para valorar la satisfacción del paciente en cuanto al cuidado humanizado de enfermería.

Identifica y valora los trastornos de salud mental:

- Valora los recursos disponibles en la zona en la que se atiende a la persona usuaria y los gestiona y distribuye.
- Le procura un entorno saludable y seguro, teniendo en cuenta la situación del/de la paciente y los recursos.
- Elabora un plan de cuidados adecuado a los objetivos terapéuticos, actividades y criterios de cada situación.
- Proporciona cuidados de Enfermería a personas, familia y comunidad con problemas de salud mental.
- Identifica los problemas bioéticos y aplica el razonamiento y el juicio crítico en su análisis y resolución, así mismo, canaliza hacia otros/as profesionales las situaciones que lo requieran.

- Evalúa el desarrollo de las diferentes etapas del proceso de cuidados, introduciendo los elementos de corrección necesarios para asegurar la eficacia de la intervención de enfermería.
- Lleva a cabo tareas relacionadas con su función docente.
- Enseña al/a la paciente y a la familia a desarrollar habilidades y técnicas de autocuidado, dirigidas a obtener un estado óptimo de salud.
- Asesora y presta apoyo a las/los enfermeros/os generalistas y especialistas, para ayudar a completar el plan de cuidados pertinente y mejorar sus relaciones interpersonales.
- Organiza la formación de estudiantes de Enfermería básica y especializada que se encuentran a su cargo.
- Contribuye a la enseñanza de cuidados en salud mental a otros/as trabajadores y a personas de la comunidad.
- Participa en la docencia a escuelas de Enfermería y a centros relacionados con esta especialidad.
- Dirige y participa en la docencia de las escuelas de auxiliar de enfermería psiquiátrica.
- Promueve, participa y dirige actividades de formación continua en enfermería de salud
- mental, en los diversos ámbitos de actuación de Enfermería.

Cuando la mujer tiene un diagnóstico de menorragia, fibromas uterinos, tumores pélvicos, endometriosis, se le realiza el procedimiento quirúrgico llamada Histerectomía HT. Toda paciente que va ser sometida a una Histerectomía deberá recibir información médica clara y precisa por parte del médico a cargo de su caso con el objetivo de satisfacer todas sus inquietudes, dudas y retirar posibles miedos acerca de la intervención a la cual van a ser sometidas. Así mismo. Se recomienda cada año, a realizar una convocatoria al personal de salud involucrado para capacitación, charlas educativas sobre el manejo y trato para las pacientes que vallan hacer intervenidas por esta patología HT, Con el fin de modificar su calidad de vida y evitar trastornos anímicos y abandono de las medidas terapéuticas. además, en el proceso asistencial

de Enfermería este consistirá en la responsabilidad de los cuidados de salud mental en sus diferentes etapas, que es valoración de las necesidades, planificación de los cuidados, ejecución y evaluación del proceso de cuidados, así mismo Fomentar, prevenir, mantener y rehabilitar la salud mental de las pacientes. (26)

2.16. Proceso de atención de enfermería en paciente embarazada con shock hipovolémico

Un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar. El término shock se utiliza para describir una situación médica en la cual los órganos y tejidos del organismo no reciben un aporte suficiente de oxígeno y nutrientes, ello conlleva a una muerte progresiva de las células y a un fallo en la función de los diferentes órganos que puede abocar a la muerte. Tradicionalmente, el estado de choque se ha definido como un estado de hipoperfusión sistémica.

Otros autores lo han descrito con mayor complejidad, como una insuficiencia global de perfusión tisular que conduce a insuficiencia del aporte de oxígeno y nutrientes para satisfacer las necesidades de tejidos, Fisiopatológicamente, la hipovolemia se debe a la disminución del volumen en el espacio extracelular.

La hipovolemia es una afección en la que el porcentaje de líquido de la sangre “plasma” es muy bajo, las causas de la hipovolemia son diarrea, vómitos, sangrado excesivo lo que puede producir un shock, es un trastorno posiblemente mortal para los órganos que no pueden recibir sangre ni oxígeno.

La hipovolemia puede ser provocada por insuficiencia cardíaca, renal o hepática, o por una alimentación con alto contenido de sal. Entre los síntomas están, desmayos, fatiga, debilidad y mareos. Puede requería

tratamientos de emergencia, entre ellas administración de fluidos o de sangre por vía intravenosa.

Dado la importancia del tema el objetivo del caso es detallar el proceso de atención de enfermería en una paciente embarazada con shock hipovolémico.

El shock hipovolémico constituye una condición clínica frecuente de enfrentar en el contexto de atención de urgencia, de modo que su correcto diagnóstico y tratamiento, son fundamentales para una favorable evolución en aquellos pacientes que cursan con shock de este tipo. El profesional de enfermería desarrolla un papel fundamental dentro del equipo, ya que proporciona un cuidado integral al paciente tanto durante las fases más críticas como es la valoración continua del paciente crítico y hemodinámicamente inestable. es relevante tener un amplio conocimiento sobre este tema, debido a las diversas causas que pueden desencadenar un shock hipovolémico y el desempeño rápido que se debe tener para poder salvar una vida. El shock hipovolémico se considera como una condición que amenaza la vida en la cual hay un suministro insuficiente del flujo de sangre en el cuerpo.

Recomendaciones

- Reconocer los signos y síntomas ante una situación en las que pueda existir una pérdida de volemia, deshidratación por calor intenso, diarreas, vómitos, etc. es importante asegurar un aporte de líquidos adecuados.
- Capacitación continua del personal de enfermería para la detección precoz de un paciente con shock hipovolémico.
- Orientación a los familiares de la importancia de los controles prenatales, y signos de alarma. (27)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA SALUD MENTAL
1ª Edición

CAPÍTULO III
ATENCIÓN DEL PACIENTE CON
ADICCIÓN A DROGAS Y ALCOHOL Y
SU SALUD MENTAL



3.1. Cuidados de enfermería a paciente con infarto al miocardio asociado al consumo excesivo de cocaína

El consumo de cocaína ocasiona alteración a nivel cardiaco debido a que los mecanismos por los que la cocaína (benzoil-metil-ergonovina) produce sus efectos, los de mayor trascendencia sobre el sistema cardiovascular son el bloqueo de los canales rápidos de Na, efecto anestésico y antiarrítmico de clase I con efecto estabilizante de membrana, bloqueo de recaptación de catecolaminas en fibras preganglionares simpáticas, estímulo de la liberación de catecolaminas centrales y periféricas y, de menor importancia, el aumento de la agregación plaquetaria. Se encuentran, por el momento en segundo plano y en estudio, el aumento de la liberación de endotelina y el descenso en los niveles de óxido nítrico (NO), con el consiguiente desbalance entre efectos vasodilatadores y vasoconstrictores. El consumo de alcohol, asociación frecuente, potencia y prolonga los efectos deletéreos cardiovasculares de la cocaína mediados por un metabolito, el cocaetileno.

Las enfermedades cardiovasculares son trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. El infarto agudo al miocardio la necrosis miocárdica de tipo isquémica, causada por la disminución súbita de la irrigación sanguínea coronaria, que comprende una o más zonas del miocardio, provocada por la rotura o erosión de una placa aterosclerótica, a la que se le sobreañade un trombo ocluyente, generalmente por oclusión de la arteria, durante el tiempo suficiente para producir alteraciones estructurales y necrosis del músculo cardíaco.

La cocaína es una de las drogas más usadas a nivel mundial, alcanzando un 0,4% de prevalencia anual, siendo mayor su consumo en Norteamérica y Sudamérica. El dolor torácico es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia. Los pacientes que han consumido cocaína y que ingresan por dolor torácico tienen más frecuentemente infarto agudo al miocardio con elevación del ST, así como también otros síndromes coronarios.

El infarto miocardio es una necrosis miocárdica como obstrucción aguda de una arteria coronaria para el infarto de miocardio con elevación del segmento ST, la reperfusión urgente se efectúa con fibrinolíticos. El uso de cocaína se asocia con isquemia e infarto del miocardio, debido a que produce aumento del consumo de oxígeno miocárdico, vasoconstricción coronaria marcada y aumento de la agregación plaquetaria.

El profesional de enfermería desarrolla un papel fundamental dentro del equipo ya que proporciona un cuidado integral al paciente tanto durante las fases más críticas como es la valoración continua de un paciente que presente infarto al miocardio por consumos de cocaína.

Los cuidados de enfermería implican el uso del proceso enfermero, actualmente es común observar los modelos de Virginia Henderson (necesidades fundamentales) y de Orem (autocuidado), los cuales pueden ser útiles para proporcionar un cuidado de calidad, En cuanto a las acciones preventivas en el primer nivel de atención es importante evaluar y documentar la efectividad de las campañas que realizan los profesionales de enfermería con el fin de establecer guías y mejorar los cuidados en el primer nivel de atención.

Las complicaciones cardiovasculares por el uso y abuso de cocaína son diversas, por lo que es importante que los profesionales de enfermería actúen en los tres niveles de atención, es decir que conozcan los riesgos del consumo de cocaína, para prevenir adicciones, brindar un tratamiento oportuno y durante la hospitalización, disminuir el riesgo de eventos adversos de alto o mediano impacto relacionados con el uso de fármacos cardiovasculares. El tratamiento de la adicción es diferente para cada persona, al igual que sus necesidades, por esto debe ser planeado y organizado de tal manera que el equipo multidisciplinario de profesionales en la salud garanticen un cuidado holístico a los pacientes y a sus familias. Entre las intervenciones propias de la profesión de enfermería destaca la educación para la salud orientada al tratamiento para el problema cardiovascular, la valoración constante de los

signos y síntomas que presente el paciente y la vigilancia estrecha en el cumplimiento del régimen terapéutico. Lo cual implica una relación interpersonal de asistencia con base en aspectos científicos y tecnológicos, donde se tome en cuenta todos los componentes biológicos, químicos, físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona receptora del cuidado, y por ende el profesional de enfermería debe apoyarse en el Proceso de Atención de Enfermería para lograr mejores resultados y por ende la satisfacción en su desempeño laboral. (28)

3.2. Atención de enfermería en la prevención de adicciones provocada por el uso de fármacos en el trastorno bipolar

El trastorno bipolar (TBP) conocido generalmente como trastorno maniaco depresivo es una enfermedad mental grave y crónica caracterizada por ocasionar cambios inadecuados en el estado de ánimo, además puede provocar episodios extremos como manía o hipomanía o episodios leves como ansiedad, malestar y depresión, que afecta principalmente el sueño, la energía, el nivel de actividad, el juicio, el comportamiento y la capacidad de pensar con claridad, estos cambios duran comúnmente varias semanas o meses pero en casos extremos llegan a durar años dependiendo de cómo la enfermedad afecta la salud del individuo. En muchos países los profesionales de enfermería cumplen un papel fundamental cuando tiene que ver con el cuidado y la atención de las personas, familias, grupos y comunidades que presentan una enfermedad, ya que el principal propósito del personal de salud es hacer que los episodios sean menos frecuentes e intensos, ayudando al buen desempeño del paciente y prevenir que cometa un intento de suicidio.

El profesional de enfermería además de conocer los tratamientos farmacológicos debe conocer aquellas intervenciones que puede llevar a cabo de manera autónoma. Como es de conocimiento, el consumo de psicofármacos especialmente los estabilizadores del estado de ánimo se aplican para el tratamiento del trastorno bipolar, además se utilizan para prevenir casos de depresiones, sensación exagerada de bienes-

tar y confianza en sí mismo conocido como euforia, aumento de actividad, frenesí de ideas y episodios anormales de optimismo, nerviosismo o tensión.

Sin embargo, es posible establecer las necesidades de salud de manera integral, a través de una atención continua y oportuna, destacando que cada paciente tiene necesidades distintas respecto a sus diferentes condiciones asociadas a su salud mental.

De acuerdo al informe de la organización mundial de la salud (OMS) se estima que alrededor de un 2,4% de la población padece esta enfermedad, dando a conocer que un 0,6% muestra un trastorno bipolar tipo I, un 0,4% muestra un trastorno bipolar tipo II, mientras que el 1,4% restante está relacionado a otras formas subclínicas de trastorno bipolar. Sin embargo, estas estimaciones dependen especialmente de los cambios en los criterios establecidos y sobretodo del área geográfica, debido a que estas cifras sugieren una enorme carga socioeconómica sanitaria asociada a este trastorno.

En Sudamérica el trastorno bipolar representa una de las principales enfermedades psiquiátricas ya que aproximadamente el 50% de las personas que presentan esta patología está relacionada a numerosas etiologías entre las más importantes están; bioquímicas, psicodinámicas y ambientales, pero se caracteriza principalmente por ser un trastorno genético complejo.

Caracterización del trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una enfermedad mental, grave y con carácter crónico, la cual se caracteriza por la presencia recurrente de episodios de hipomanía, manía y depresión. Este trastorno debido a la alteración que provoca en el estado de ánimo de la persona, puede ocasionar importantes daños sean funcionales, psicológicos o emocionales, es decir, pueden afectar la vida cotidiana de la persona afectada. La curación con respecto a esta enfermedad hasta la actualidad no se en-

cuentra determinado, por lo cual, para el control de elección de este trastorno es necesario un tratamiento meramente farmacológico.

En este desorden se presentan fases de hipomanía, la cual se caracteriza por estados de ánimo hiperactivo, irritante y persistentes, los cuales son comportamientos que se distinguen de un estado de ánimo normal, este no provoca repercusiones funcionales en el paciente. De igual manera, existen fases de manía identificadas particularmente por la euforia anormal, irritabilidad, impulsividad, agitación, humor exagerado, insomnio e incluso pueden aparecer delirios o alucinaciones, esta fase si puede provocar alteraciones funcionales que en ocasiones requieren de hospitalización.

Así también, se aprecian episodios de depresión, caracterizadas por tristeza constante y pérdida de interés asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento, todo esto causa una grave modificación en la vida diaria del paciente, dificultando su funcionalidad. Y de igual forma, existen estados mixtos donde se disponen juntamente síntomas de depresión y manía, es decir, el paciente puede presentar hiperactividad, agitación, inquietud, tendencia al llanto y angustia. Cuando se presenta una fase mixta su manejo es complicado debido a la dificultad de diagnóstico e incluso existe un alto riesgo de actos suicidas.

Entonces, el tratamiento del trastorno bipolar tiene como objetivo hacer que los episodios o fases sean menos recurrentes e intensos, mejorando el desempeño funcional del paciente y de tal manera, prevenir el suicidio. Este proceso se basa en una terapia farmacológica donde se utilizan principalmente fármacos estabilizadores de ánimo, como las sales de litio y anticonvulsivos y otros como antidepresivos y antipsicóticos.

También se agrega un tratamiento psicoterapéutico donde se realiza psicoterapia conductual, terapia cognitivo conductual y la intervención

familiar, con la adhesión al tratamiento se disminuye la morbilidad y mortalidad asociadas a este trastorno. Es por esto que los profesionales de enfermería además de brindar una atención integral a los pacientes, deben proporcionar educación para la salud, donde puedan obtener hábitos de vida saludables, para mejorar su bienestar y seguridad.

Tipos de trastorno bipolar

Según la DSM-IV se clasifican en:

- Tipo I: Está precedido por episodios maníacos que se caracterizan por ser muy severos y críticos requiriendo inmediatamente atención hospitalaria. El tiempo de duración es al menos siete días. También se caracteriza por ser mixto, por lo que puede presentar ciertos episodios de depresión, con el tiempo de duración aproximado de dos semanas. En algunos casos puede provocar una psicosis, (desconexión de la realidad).
- Tipo II: Se caracteriza por ser un episodio depresivo mayor con episodios de hipomanía, pero nunca un episodio maniático.
- Tipo III: Este grupo se caracteriza por pertenecer a pacientes que se les desencadena el
- episodio maniático por la adquisición de antidepresivos.
- Tipo IV o ciclotímico: Los cambios del estado de ánimo no se presentan con gran intensidad como es el caso del trastorno bipolar completo, pero pueden durar más. Se presenta con episodios de hipomanía junto con episodios de depresión leve, la ciclotimia puede convertirse en trastorno bipolar completo.
- Tipo V: Los pacientes presentan episodios de depresión, motivo por el cual intervienen ciertos antecedentes familiares, en donde se presentan pacientes con bipolaridad.
- Tipo VI: Se caracteriza por ser un trastorno unipolar, en este caso sólo se presentan episodios maniáticos.
- Otros tipos. Estos comprenden, el trastorno bipolar y ciertos trastornos relacionados por un gran número de medicamentos o bebidas alcohólicas. También son relacionados a una enfermedad, como la enfermedad de Cushing, o un accidente cerebrovascular.

Cuidados de enfermería en la prevención del trastorno bipolar

La sociedad en la que hoy en día vivimos se podría tener en cuenta como una “sociedad enferma” ya que las personas (niños, jóvenes, adultos y adultos mayores) poseen un ritmo de vida acelerado que son provocados por el estrés, la presión social, las obligaciones cotidianas y en especial por los hábitos de cada individuo; esto influye principalmente en la salud de los pacientes, debido a que dichos puntos son los responsables de tener un comportamiento inadecuado e inoportuno, que con el paso del tiempo si no posee una ayuda de un especialista podría llegar a un deterioro o desgaste de su salud teniendo como secuelas enfermedades nefastas e irreversibles.

Por esta razón es fundamental considerar las funcionalidades que ejecuta el profesional de enfermería, en sus responsabilidades está, proporcionar un ambiente limpio seguro y ordenado al paciente, del mismo modo comprobar el cumplimiento de las técnicas al momento de administrar medicamentos siguiendo cada una de las reglas de seguridad establecidas. El profesional de enfermería aparte de conocer los tratamientos farmacológicos debe conocer todas aquellas intervenciones que se deben llevar a cabo de una manera autosuficiente.

Actualmente, las recomendaciones para el tratamiento del trastorno bipolar se centran tanto en estrategias farmacológicas como la psicoterapia, las técnicas cognitivo-conductuales y el tratamiento de salud mental, ya que se basan en el uso de psicofármacos, para modificar la actividad psíquica, ayudando así a aliviar los síntomas de la enfermedad. Con el tiempo, los pacientes manifiestan su comportamiento de diferentes formas, siendo una de sus características más comunes la baja moral, los cuidadores estarán preocupados por prevenir esto durante el período, este paciente no llega a sus propios dispositivos o dañar a terceros.

La atención de enfermería además de brindar un cuidado integral cumple un papel fundamental en la investigación y análisis de datos con

respecto al trastorno bipolar, esto contribuirá a la obtención de conocimientos en los cuidados específicos que se debe dar a los pacientes y de tal manera mejorar su calidad de vida e integración en la sociedad. (29)

3.3. Errores de medicación con psicofármacos en la salud mental que generan adicciones

Los errores de la medicación son cualquier daño prevenible que sufre el paciente o da lugar a una utilización inadecuada o carencial de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o del consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, falta de aviso previo, etiquetado, envasado, nombre, preparación, dispensación, distribución, administración, educación del paciente, seguimiento y utilización de los medicamentos.

Los errores con psicofármacos producen grandes complicaciones en la salud, estos a su vez puede llegar a dañar ocasionando reacciones adversas, lesiones permanentes o temporales e incluso nos pueden llevar a una muerte simultánea. Los psicofármacos son sustancias químicas o psicotrópicas, que intervienen en los procesos mentales, al actuar sobre el sistema nervioso produciendo la acción de sedación. El consumo permanente de psicofármacos, ocasionan enfermedades mentales, así podemos darnos cuenta que alto porcentaje de casos se presentan en forma simultánea a la dependencia de sustancias y patologías cerebrales, como lo reportan diversas indagaciones clínicas, acotando que dos de cada tres personas con adicción a sustancias psicoactivas sufren, además, alguna enfermedad psiquiátrica.

Errores generados por la medicación con psicofármacos

Se define como error en la medicación a todo incidente que puede ser prevenible, que puede causar estragos al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo

el control de los profesionales de salud, del paciente o consumidor. Estos accidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, preparación, distribución, administración, educación del paciente, seguimiento y utilización de los medicamentos.

Los psicofármacos constituyen una importante herramienta en el tratamiento de individuos que tienen indicación clara para su utilización mientras, existe una gran prevalencia mundial de consumo de psicofármacos por la población en general. El crecimiento del uso de estos medicamentos ha sido atribuido al aumento de la frecuencia de diagnósticos de trastornos psiquiátricos en la población, a la introducción de nuevos psicofármacos en el mercado farmacéutico y las nuevas indicaciones terapéuticas de psicofármacos ya existentes.

Los errores más comunes en la administración de medicamentos son la técnica inadecuada, la vía errada, preparación inadecuada, y administración sin tener en cuenta los cuidados relativos a ese medicamento. Los errores pueden resultar en serios problemas al paciente y a su familia; como generar incapacidades, prolongar el tiempo de internación y recuperación, exposición a más procedimientos y medidas, atraso o imposibilidad de reasumir sus funciones sociales y hasta la muerte.

Cuando se administra un medicamento se debe considerar que es una de las actividades con mayor elevación y riesgo para la salud, pues, son inseparables a la práctica diaria del cuidado del paciente y por estar esta actividad íntimamente ligada y dependiente de la acción humana se pueden cometer múltiples errores en prescripción, transcripción, dispensación, administración, dosis, frecuencia de administración, forma farmacéutica equivocada, error de preparación o manipulación o acondicionamiento entre otras; por lo que como personal de enfermería tenemos que estar muy pendientes de estas posibles complicaciones.

Uso de psicofármacos en la salud mental que generan adicciones

La adicción es un problema que incluye varios aspectos que afecta a todas las fases de la vida de la persona que la desarrolla, lo que implica que las personas con un abuso de sustancias conformen uno de los grupos que ofrece una mayor dificultad en el manejo clínico. Un factor que permite explicar parte de esta dificultad es la existencia de la alta comorbilidad psicopatológica.

Los psicofármacos constituyen una importante herramienta en el tratamiento de individuos que tienen indicación clara para su utilización, entretanto, existe una gran prevalencia mundial de consumo de psicofármacos por la población en general. El crecimiento del uso de estos medicamentos ha sido atribuido al aumento de la frecuencia de diagnósticos de trastornos psiquiátricos en la población, a la introducción de nuevos psicofármacos en el mercado farmacéutico y las nuevas indicaciones terapéuticas de psicofármacos ya existentes.

La terapia medicamentosa en los trastornos mentales nace incorporando el uso de psicofármacos, estos a su vez alteran la actividad psíquica aliviando los síntomas de los trastornos mentales.

Pero los efectos que se sufren representan influencias de diversos factores, como cambios patológicos y patrones de uso. Este tipo de tratamiento tuvo su inicio al final de la década de los 50, con la introducción de los neurolepticos o antipsicóticos, estos psicofármacos los cuales son inhibidores de las funciones psicomotoras, que atenúan los síntomas neuro psíquicos considerados psicóticos, tales como los delirios y alucinaciones. Vale señalar que el uso de psicofármacos no debe ser visto como la única forma de tratamiento, pero debe estar aliado a otras estrategias, como grupos terapéuticos, atención multiprofesional, grupo de familiares, religiosidad, entre otros.

La adicción a los psicofármacos, también llamada adicción silenciosa, afecta a tres niveles: el fisiológico, porque el cuerpo pide más dosis;

el cognitivo, debido a que el pensamiento de la persona se centra en conseguir o consumir los psicofármacos y el conductual, porque algunas personas realizan acciones descontroladas para poder conseguir su medicación o su droga.

La sintomatología con la que se puede identificar el uso abusivo de estas sustancias son el aislamiento, los cambios de humor o aptitud, abandono de actividades habituales como aseo e higiene personal, pérdida o deterioro de las relaciones sociales y los problemas en el trabajo empiezan a evidenciarse.

Enfermedades provocadas por psicofármacos

La morbilidad asociada a las patologías médicas o mentales es muy elevada. Se estima que alrededor del 30% de los pacientes ambulatorios y entre el 40 y 50% de los pacientes hospitalizados con patologías médicas, tiene además un trastorno psiquiátrico. La labor de los psicofármacos es básicamente propia y en algunos casos, es la medida en la que se conserva la salud fundamental para evitar recaídas. Debido al buen uso se facilita la recuperación del paciente, pero su impropia utilización conduce a la aparición de efectos desagradables con una notable disminución de habilidades y aptitudes que incidirán negativamente en la vida del individuo que las consume ocasionándole trastornos de depresión o ansiedad.

Las reacciones adversas que pueden ocasionar ciertos medicamentos son una serie de reacciones nocivas que pueden producir efectos en nuestro cuerpo como son: insomnios, tensión muscular en el caso del consumo de ansiolíticos, lo que provocan sueño excesivo como los hipnóticos y los antidepresivos cuyos síntomas son falta de interés propio, trastornos de agitación, apatía, somnolencia y excitación.

El personal de enfermería está apto especialmente para la administración de los fármacos, detección y valoración de problemas que nos indiquen algún cambio en el comportamiento del paciente ya que una

de las consecuencias principales es la dependencia que en mucho de los casos se convierte en adicción. Es por ello la importancia de ofrecer un cuidado humanizado con un enfoque holístico sin olvidar lo emocional; siendo esta la vía que nos facilita la detección de problemas tempranos.

Cuando se prescriban psicofármacos se deben tener muy en cuenta varias consideraciones como son: el efecto de los fármacos sobre el funcionamiento renal y el efecto en la función hepática, alteraciones auriculo ventriculares, la hipotensión en el caso de enfermedades cardíacas, en las enfermedades hepáticas evaluar la capacidad de coagulación sobre la farmacocinética y farmacodinámica de muchos fármacos. (30)

3.4. Consecuencias de la automedicación con benzodiacepinas en trastornos antidepresivos

La automedicación es el uso de medicamentos sin una orden de un médico, los pacientes consumen estos fármacos sin medir las consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Es importante mencionar que el ser humano por su naturaleza debe practicar el autocuidado, el cual se entiende por acciones realizadas por la persona, sin la gestión de un profesional de salud. El autocuidado se enfoca en actividades encaminadas al fortalecimiento de la salud; los usuarios de esta clase de medicamentos no notan mejoría con sus acciones, y por ende deciden la automedicación, sin consentimiento de un experto en el área. La Organización Mundial de la salud, protege esta teoría de autocuidado, no sólo tiene efectos beneficiosos, también puede dar lugar a consecuencias negativas. Hay gran variedad de factores que conducen a los pacientes a automedicarse, existiendo también un amplio abanico de fármacos disponibles a nivel mundial

Las benzodiazepinas (BZD) son usadas en la práctica clínica como tratamiento para la ansiedad, el insomnio y otros estados afectivos (esquizofrenia, procesos maniacos o depresión). Las personas que sue-

len automedicarse con este grupo de fármacos desean un efecto tranquilizante, disminuyendo los síntomas de la depresión. Cabe destacar que el uso prolongado de las benzodiazepinas causa inquietud en la comunidad médica ya que se ha corroborado a través de estudios que pueden causar trastornos de memoria, y el riesgo de accidentes que se asocian a su uso y el posible abuso y dependencia que pueden causar sin supervisión médica. El uso crónico de las benzodiazepinas ha llevado a causar la impresión que tienen un alto potencial de abuso, y dependencia cuando en realidad la incidencia de abuso es pequeña en comparación a sus legítimos usos médicos

Alteraciones mentales como consecuencia de la administración de las benzodiazepinas

Para definir a las Benzodiazepinas (BDZ) se debe considerar que son medicamentos psicotrópicos (sustancia natural o sintética que influyen las actividades químicas por su acción sobre el sistema nervioso central y por ende las funciones que desempeña el encéfalo) que poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorrelajantes, anticonvulsivantes y amnésicos; por ello, estos fármacos son los más utilizados para tratar la ansiedad, el insomnio y otros desórdenes mentales.

Cabe destacar que al tener acción sobre el sistema nervioso central esta clase de medicamentos provocan cambios perceptuales en el humor, en la cognición o en la conducta, en la motricidad (no es necesario que altere la conciencia o que embriague).

Las BZD como grupo farmacológico presentan potenciales riesgos, derivados de su efecto farmacológico, los cuales dependen de las características del paciente de las posibles interacciones farmacológicas y de su prescripción irracional a dosis inadecuadas o por períodos prolongados.

Dentro de las reacciones adversas se presentan a nivel del sistema nervioso central como sedación excesiva, hipotonía, somnolencia, dis-

minución de los reflejos, efectos paradójicos (agresividad, irritabilidad), así como amnesia anterógrada y es principalmente, por este último efecto por el que hay tener un seguimiento exhaustivo en pacientes ancianos. Es necesario destacar, que el empleo de este grupo de fármacos puede generar la tolerancia, siendo necesario aumentar la dosis para conseguir el efecto deseado y fenómenos de dependencia sobre todo en tratamientos prolongados, dando paso al síndrome de abstinencia y así mismo aumentar las dosis de forma incorrecta.

Es importante mencionar que dentro de las consecuencias de la automedicación con benzodiacepina se puede generar los efectos de refuerzo se refieren a la capacidad que tienen algunas drogas de producir efectos placenteros que hacen que el individuo que la tome la use en forma repetida.

Cuanto mayor sea el efecto de refuerzo de una droga, más probable es que se abuse de la droga

Deterioro cognitivo como complicación de la automedicación de las benzodiazepinas.

En un estudio realizado en Barcelona España (2016) por Adriana Fortea, se pudo evidenciar que dentro de las alteraciones cognitivas por el uso y abuso de las benzodiacepinas se encontró enlentecimiento del procesamiento de la información; un perfil de rendimiento compatible con disfunción de áreas prefrontales dorsolaterales, alteraciones de la memoria, y trastornos en el lenguaje.

Es oportuno mencionar que dentro de las funciones cognitivas que se pueden apreciar alteradas se encuentran la memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial.

Determinantes que influyen a la automedicación con benzodiazepinas
Uno de los principales determinantes por el que se prescribe las benzodiazepinas es para el tratamiento de la arquitectura del sueño en pacientes con insomnio, pues a corto plazo, por su rapidez de acción, se presentan como los hipnosedantes de elección para la mayoría de los médicos, y es precisamente por este motivo, por el que los pacientes deciden automedicarse con dosis y tiempo superior a lo establecido por el facultativo.

Se evidencia la necesidad de que el personal de enfermería implemente acciones encaminadas a manejar los efectos negativos de la automedicación con benzodiazepinas como lo es la ansiedad y el trastorno del sueño; entre una de las actividades a instrumentar se sugiere medidas de higiene del sueño donde se aboque realicen horarios de descanso, baños con agua a temperatura similar a la corporal para lograr un efecto relajante, evitar realizar actividades físicas nocturnas que aumenten la excitabilidad del sistema nervioso central, e implementar técnicas alternativas como el reiki, musicoterapia, entre otras.
(31)

3.5. Consumo de sustancias psicoactivas y salud mental

El consumo de drogas en adolescentes constituye un problema de Salud Pública en el mundo, esta población representa el grupo de mayor vulnerabilidad respecto al consumo de drogas, dado la inmadurez y falta de herramientas para tomar decisiones acertadas frente a su plan de vida. Entre las sustancias psicoactivas de mayor consumo por adolescentes a nivel mundial, se encuentran: alcohol, tabaco y marihuana. El consumo de alcohol y otras sustancias antes de los 21 años afecta el desarrollo cerebral. describe entre las alteraciones más frecuentes: los procesos de aprendizaje, el control motor corporal, el procesamiento y almacenamiento de la información, la planeación, el raciocinio y la memoria a largo plazo en adolescentes con consumo de alcohol.

Ahora bien, el consumo de sustancias psicoactivas presenta múltiples consecuencias como la farmacodependencia, es decir, la dependencia a una sustancia que afecta el funcionamiento cerebral, alterando: el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones.

Lo que se verá reflejado en el desarrollo personal del adolescente, y afectará negativamente los diferentes entornos del mismo. Se han descrito múltiples factores de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Los factores de riesgo para los padres y la familia incluyen: el uso de sustancias por parte de los padres, creencias y actitudes de los padres en cuanto al uso de sustancias, la tolerancia del familiar respecto al consumo, la falta de cercanía y apego entre padres e hijos (adolescentes), que lleva a una inadecuada supervisión y disciplina del adolescente.

De otro modo, se han reportado los factores de riesgo relacionados con los compañeros, que implica el uso de sustancias entre sus pares, la actitud de estos acerca del uso de sustancias y la mayor orientación de los jóvenes a sus relaciones. Así mismo, los factores de riesgo individuales, incluyen las particularidades de la primera infancia, como: problemas de conducta disruptiva temprana (ej. comportamiento agresivo), rendimiento académico y fracaso escolar, que se correlaciona con actitudes favorables en el consumo de sustancias psicoactivas.

Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento. Existen regulaciones para el control y fiscalización del uso de estas sustancias, ya sea para uso recreativo, como el alcohol o el tabaco; para uso farmacológico, como los tranquilizantes o analgésicos opiáceos, o de uso general, como los solventes industriales.

Sustancias psicoactivas: generalidades

Las drogas, sustancias psicotrópicas, sustancias psicoactivas o SPA, comprenden toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su consumo puede crear consumo problemático o dependencia.

Existen muchas formas de clasificar las sustancias psicoactivas dependiendo de su abordaje.

A continuación, se presenta una clasificación que considera tres grandes grupos:

- Según sus efectos en el cerebro pueden ser depresoras o estimulantes del sistema nervioso, o pueden ser alucinógenas.
- Según su origen pueden ser naturales, sintéticas o semisintéticas.
- Según la normatividad pueden ser ilegales o legales, por ejemplo, la cocaína es ilegal pero las bebidas alcohólicas son legales.
- Otras clasificaciones de las sustancias psicoactivas, además del ya nombrado diverso estatus legal, entre algunos de los criterios bajo los que a menudo se han intentado ordenar, están los siguientes:
 - Por su origen (naturales y sintéticas).
 - Por su estructura química.
 - Por su acción farmacológica.
 - Por las manifestaciones que su administración produce en la conducta humana. (manifestaciones clínicas).
 - Por su consideración sociológica.
 - Por su peligrosidad para la salud.

En cuanto a este último criterio (peligrosidad) se tienen en cuenta al menos tres factores principales: 1) el daño físico causado al individuo por la droga. 2) la capacidad de la droga de causar dependencia y 3) los efectos del uso de la droga en las familias, las comunidades y la sociedad. Dejando a un lado el resto de perspectivas, quizá lo más práctico sea seguir el criterio de la clasificación por el que opta la OMS, que ha agrupado las drogas según sus efectos sobre el sistema nervioso central. De acuerdo con este criterio, las drogas pueden ser: Depresoras, Estimulantes y Alucinógenas/ Psicodélicas.

Los riesgos y los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas varían de acuerdo a cada sustancia.

Consecuencias físicas El consumo paulatino de drogas lleva al deterioro del estado de salud en las personas (pérdida de apetito, ulcera, fatiga más el sin número de enfermedades de acuerdo con la sustancia en particular), provocando deterioro de la memoria, aprendizaje y percepción.

Consecuencias psicosociales “Irritabilidad, ansiedad, agresividad, confusión. Conductas inusuales, manipulación, incumplimiento de obligaciones, conductas de acoso sexual. Alteración en la apariencia personal. Baja autoestima, vergüenza y culpabilidad. Problemas familiares, que un miembro de la familia consuma transforma todo el entorno familiar. Este consumo puede ocasionar actividades sexuales de alto riesgo sin protección.

Consecuencias Económicas. - Pérdida económica por la compra de sustancias psicoactivas, privación dentro del círculo familiar de las necesidades primordiales (alimentación, salud y educación). Algunas personas para mantener sus hábitos recurren al crimen.

La salud mental

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. (9) La Constitución de la OMS dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es requerida para hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

Más de uno de cada cuatro adultos que padecen un problema de salud mental grave también tienen un problema de abuso de sustancias. Los problemas por uso de sustancias se observan más frecuentemente asociados a ciertos problemas de salud mental, entre los que se incluyen: Depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de la personalidad. Entre los síntomas de estos trastornos se pueden encontrar:

- Cambios en el comportamiento, por ejemplo: Disminuir la asistencia y el rendimiento en la escuela, meterse en problemas con frecuencia (peleas, accidentes, actividades ilegales), usar sustancias en situaciones que representan un peligro físico, por ejemplo, mientras conduce u opera una máquina, actuar escondidas o de manera sospechosa, manifestar cambios en el apetito o los patrones de sueño, exhibir cambios sin explicación en la personalidad o la actitud, demostrar cambios en el estado de ánimo, irritabilidad o estallidos de ira, pasar por períodos inusuales de hiperactividad, agitación o aturdimiento, no tener motivación, mostrarse temeroso, ansioso o paranoico, sin razón alguna
- Cambios físicos, por ejemplo: Ojos inyectados de sangre y pu-

pilas de tamaño anormal, pérdida o incremento de peso repentinos, deterioro del aspecto físico, olores inusuales en el aliento, el cuerpo o la ropa, temblores, habla inarticulada o coordinación atrofiada

- Cambios sociales, por ejemplo: Cambio repentino de amigos, lugares favoritos de reunión y pasatiempos, problemas legales vinculados con el uso de sustancias. Necesidad de dinero sin explicar o problemas financieros, uso de sustancias incluso a pesar de que generan problemas en las relaciones entre otros.

Acciones de enfermería ante el consumo de estupefacientes en la comunidad

La profesión de Enfermería tiene un papel importante en el cuidado a la salud, sobre todo en los pacientes que han consumido alcohol y otras drogas por lo que es importante estar preparado en el ámbito emocional, profesional y mental para brindar la atención a estos pacientes, ya que las actitudes que presenten estos profesionales de la salud hacia ellos pueden tener repercusiones o verse influenciadas en el proceso de rehabilitación.

Es en el modelo de Travelbee donde se aborda como tal el concepto de enfermería Psiquiátrica y en el que establece así mismo que la enfermería es también un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica del cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales. El propósito de la enfermera es comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda

Para analizar el concepto de Salud Mental, Travelbee propone algunas actitudes que para ella son capacidades humanas universales que distinguen lo humano y desde esta perspectiva, fundamenta la salud y la salud Mental: Aptitud para Amar, Capacidad para enfrentar la realidad y para descubrir un propósito o sentido en la vida. La mayor premisa

de la teoría de Travelbee es que la relación enfermera-paciente se establece después de cuatro fases que se enlazan: el encuentro original, identidades emergentes, la empatía y la simpatía. Todas ellas culminan en el rapport o el establecimiento de la relación.

Es una relación deliberada y consciente entre una persona que necesita ayuda y otra que está capacitada para proporcionarla. Es un proceso que evoluciona por etapas dinámicas que se van sucediendo a medida que transcurre la relación. Es una relación que provoca cambios en ambos participantes del proceso. Trabaja sobre experiencias del presente. Es una experiencia de encuentro interpersonal que se va construyendo. La persona que ayuda tiene que haber desarrollado capacidad interpersonal. Debe tener conocimiento, para utilizarlo a favor del consultante. Paciencia y tolerancia para buscar soluciones. Abrirse y permitir el acercamiento. Es temporal claramente delimitada en el tiempo.

El consumo de drogas, constituye un problema de salud pública a nivel mundial aceptando el grupo de mayor vulnerabilidad con respecto al consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes, dada a la inmadurez para tomar decisiones en su plan de vida, causando así daños a largo plazo como en el consumo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas que pueden desencadenar en una farmacodependencia. La salud mental y el bienestar son fundamentales para la capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo, donde el rol de Enfermería está presto a proporcionar el cuidado humanizado. (32)

3.6. Consumo de alcohol como respuesta al duelo

El alcohol es un factor de riesgo de más de 200 trastornos codificados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), incluidos los

relacionados con traumatismos, violencia, salud mental, enfermedades no transmisibles y enfermedades transmisibles. Los enfoques verticales de la reducción de los problemas relacionados con el consumo de alcohol han tenido una repercusión limitada sobre la salud pública. Por consiguiente, es un reto subrayar la necesidad y el valor de políticas basadas en la población, incluso las reconocidas como costos eficaces, cuando no hay conciencia de que el consumo de alcohol es una amenaza para la salud pública.

Un dato que llama la atención es que cerca de 18 millones de adultos en Estados Unidos tienen trastorno por el consumo de alcohol. Esto quiere decir que sus hábitos de consumo causan angustia y daños. Este trastorno puede ser de leve a severo, dependiendo de los síntomas. En ocasiones, el tipo severo es llamado alcoholismo o dependencia del alcohol.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo para las muertes en varones de 15 a 49 años, aunque la evidencia muestra que las mujeres son más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol. Las personas de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables a las consecuencias negativas del consumo nocivo. El consumo nocivo de alcohol se asocia con una serie de consecuencias sanitarias y sociales, incluyendo las lesiones, las diversas formas de cáncer, la enfermedad crónica del hígado, enfermedades del corazón, la dependencia del alcohol y la violencia doméstica.

La producción y el consumo de alcohol están estrechamente relacionados con otros muchos objetivos y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El consumo de alcohol por habitante en un año civil en litros de alcohol puro es uno de los dos indicadores de la meta de salud 3.5 (“Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Por otra parte, es importante tomar en consideración que el alcohol ha estado presente en las sociedades actuales desde la antigüedad. El consumo de alcohol varía ampliamente de una cultura a otra, pero en todos ellos se puede observar que su consumo depende de algunas variables, entre ellas el estatus, la edad, el género de la estructura individual y social. Esto también intenta dejar la influencia del alcohol en la socialización de muchos individuos para integrarse dentro de un grupo particular y para excluirse a sí mismos.

Los vínculos familiares se pueden ver afectados en varios aspectos por el fallecimiento del ser querido, lo que complicaría enormemente a la superación del proceso de duelo, es así como la psicoeducación debe enfocarse a las cabezas del hogar para que de este modo ellos planteen cierta normativa de convivencia en el que el apoyo sea más perceptible y de este modo utilizar redes de apoyo más eficientes. Por todo lo antes expuesto, el objetivo del artículo es analizar el consumo de alcohol como respuesta al duelo.

El duelo

Concepto

El duelo es el proceso psicológico al cual el ser humano se enfrenta tras las pérdidas, algo que tarde o temprano, vivirá a lo largo de la vida. Por definición, la pérdida de cualquier objeto de apego provoca un duelo, si bien la intensidad y las características de éste pueden variar en gran medida en función del grado de vinculación emocional con el objeto, de la propia naturaleza de la pérdida y de la forma de ser y la historia previa de cada persona. Aunque el duelo se asocia inmediatamente a la muerte, las pérdidas pueden ser muy diversas: rupturas de pareja, cambios de domicilio, cambios de estatus profesional, procesos de enfermedad o de merma funcional, entre otros.

Etapas del duelo

Se identifica cinco estadios que tienen lugar, en mayor o menor grado, asociados al duelo por una pérdida. Aunque pueden darse sucesivamente, no siempre tiene por qué ser así. Cada proceso, como cada persona, es único.

1. Negación

La negación es una reacción que se produce de forma muy habitual inmediatamente después de una pérdida. No es infrecuente que, cuando experimentamos una pérdida súbita, tengamos una sensación de irrealidad o de incredulidad que puede verse acompañada de una congelación de las emociones. Se puede manifestar con expresiones tales como: “aún no me creo que sea verdad”, “es como si estuviera viviendo una pesadilla” e incluso con actitudes de aparente “entereza emocional” o de actuar “como si no hubiera pasado nada”. La negación puede ser más sutil y presentarse de un modo difuso o abstracto, restando importancia a la gravedad de la pérdida o no asumiendo que sea irreversible, cuando en muchos casos lo es.

2. Ira

A menudo, el primer contacto con las emociones tras la negación puede ser en forma de ira. Se activan sentimientos de frustración y de impotencia que pueden acabar en atribuir la responsabilidad de una pérdida irremediable a un tercero. En casos extremos, las personas no pueden ir elaborando el duelo porque quedan atrapadas en una reclamación continua que les impide despedirse adecuadamente del objeto amado.

3. Negociación

En la fase de negociación, se comienza a contactar con la realidad de la pérdida al tiempo que se empiezan a explorar qué cosas hacer para revertir la situación. Por ejemplo, cuando a alguien se le diagnostica una enfermedad terminal y comienza a explorar opciones de tratamiento pese a haber sido informado de que no hay cura posible, o quien

cree que podrá recuperar una relación de pareja ya definitivamente rota si empieza a comportarse de otra manera.

4. Depresión

A medida que avanza el proceso de duelo y se va asumiendo la realidad de la pérdida, se comienza a contactar con lo que implica emocionalmente la ausencia, lo que se manifiesta de diversos modos: pena, nostalgia, tendencia al aislamiento social y pérdida de interés por lo cotidiano.

Aunque se denomina a esta fase “depresión”, sería más correcto denominarla “pena” o “tristeza”, perdiendo así la connotación de que se trata de algo patológico. De algún modo, sólo doliéndonos de la pérdida puede empezar el camino para seguir viviendo a pesar de ella.

5. Aceptación

Supone la llegada de un estado de calma asociado a la comprensión, no sólo racional sino también emocional, de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos inherentes a la vida humana.

Se podría aplicar la metáfora de una herida que acaba cicatrizando, lo que no implica dejar de recordar sino poder seguir viviendo con ello. Aunque el duelo es un proceso personal, también es importante su vertiente social. Todas las culturas han ido desarrollando formas de canalizar ese dolor a través de los lazos comunitarios (compartir el dolor con los otros) y con elaboraciones simbólicas que a menudo dan un sentido trascendente a la pérdida.

Respuesta cultural ante la muerte

Cada cultura tiene sus propias creencias que describen cómo funciona el mundo y los papeles de las personas en el mundo. En las sociedades que la mayoría de las personas comparten la misma religión, las creencias religiosas pueden moldear la cultura de forma significativa. Cada cultura tiene sus creencias respecto al sentido de la vida y lo que sucede después de la muerte.

Esto advierte cómo las personas en esas culturas abordan la muerte. Por ejemplo, la muerte puede ser más tolerable para las personas que creen en la vida después de la muerte. En algunas culturas, las personas creen que el espíritu de alguien que falleció tiene una influencia directa en los familiares vivos. Los familiares tienen el consuelo de que su ser amado los está cuidando. En términos generales, las creencias sobre el sentido de la muerte ayudan a las personas a comprenderla y afrontar su misterio.

En cada cultura, la muerte está asociada con diferentes rituales y costumbres para ayudar a las personas en el proceso del duelo. Los rituales les ofrecen a las personas formas de procesar y expresar su duelo. También brindan maneras de que la comunidad ayude al doliente. Un doliente se encuentra en duelo y de luto después de una pérdida. La muerte puede generar un sentido de caos y confusión. Los rituales y las costumbres brindan un sentido de rutina y normalidad.

Otorgan indicaciones que ayudan a estructurar el momento que rodea a la muerte. Además, indican los papeles de las personas para este momento. Los rituales y las costumbres ayudan a abordar lo siguiente:

- Cómo las personas cuidan a las personas que abordan la muerte. Esto incluye quién está presente y qué ceremonias se llevan a cabo instantes antes y después de la muerte.
- Qué se hace con el cuerpo de una persona después de la muerte. Esto incluye cómo se limpia y viste el cuerpo de la persona, quién lo manipula y si se lo crema o entierra.
- Si el duelo se expresa en silencio y en privado o en voz alta y en público. Esto incluye si los llantos o sollozos en públicos son apropiados.
- Si las personas de edades y géneros distintos atraviesan el duelo de forma diferente.
- Los rituales que se realizan después de la muerte y a quiénes se incluye en estos rituales.
- Cuánto tiempo se espera que los familiares estén en duelo. Y

cómo se visten y comportan durante el período de luto.

- Cómo se honra al fallecido durante la vida de la familia. Esto incluye rituales continuos para celebrar o hablar del fallecido.
- Los nuevos papeles que se espera que tomen los familiares. Esto incluye si una viuda se vuelve a casar o si un hijo mayor se vuelve la cabeza de la familia.

Rol de enfermería ante el duelo

Para llevar a cabo los cambios necesarios para la supervivencia de sus miembros, la familia desarrolla un conjunto de reglas internas a veces llamadas “reglas de transformación”. En una situación de estrés como puede ser la muerte de una persona de la familia, el input de información que la familia experimenta se hace superior a las estrategias de neutralización que conoce y rompe por completo el equilibrio haciéndose necesaria una retroalimentación para recuperar el equilibrio.

Su participación en un proceso de duelo irá dirigido a proporcionar soporte a las personas en este tipo de situaciones. Les ayudará a expresar sus emociones y sentimientos, a potenciar sus recursos y capacidades y a adaptarse a una nueva situación. Enfermería intentará conseguir un equilibrio estable efectuando una participación eficaz mediante la relación de ayuda.

Los pasos a seguir serán:

- Ayudar a la persona a liberarse del pasado, reconociendo lo que significa la pérdida en todas sus facetas.
- Ayudará a la persona a expresar sus emociones, sus sentimientos y a adaptarse a una nueva forma de vivir.
- Volver a construir el presente con un nuevo estilo de vida introduciendo los cambios que sean necesarios para conseguirlo.
- Identificar los factores que influyen en la calidad de vida de la persona que está en el proceso de duelo.
- Abrirse al futuro y a las experiencias que se den en él con nuevas posibilidades que permitirán a la persona la capacidad suficiente

para tolerar los sentimientos de separación, y permitir el acercamiento a otras personas.

- Prevenir la aparición de un duelo patológico o complicado.
- Respetar y comprender el momento personal y existencial de la persona.

Para el cumplimiento del rol de cuidado, el profesional de Enfermería orientará estrategias de afrontamiento, es muy importante que sepa identificar en qué fase se encuentra cada paciente para poder ofrecerle los cuidados que mejor se adapten a sus necesidades y, así, contribuir en su bienestar y su confort en el proceso de la superación de las adicciones tanto del individuo como de la familia. (33)

3.7. Consumo de drogas durante en el embarazo

Es cierto que todo problema ligado a consumo de sustancias psicotrópicas demanda una adecuada asistencia médica, ya que la inferencia recae principalmente sobre la madre y el recién nacido, pero también afecta a la familia y su alrededor.

Pese a ello lamentablemente el tema de consumo de drogas durante el embarazo y los efectos que puede ocasionar en la madre y el recién nacido no han sido abordados en su totalidad y tampoco existen datos estadísticos que permitan conocer el panorama de la problemática o sus cifras exactas, pero si existen informes y seguimientos publicados a nivel local.

Se pueden producir efectos negativos en la salud de la madre durante el embarazo o después del mismo, como consecuencia de la droga; así como en el producto, sobre todo si tiene impacto en el periodo de organogénesis y neurodesarrollo. Una de las complicaciones frecuentes del consumo de drogas es el síndrome de abstinencia, que afecta sobre todo al neonato, siendo una asociación de síntomas y signos neurológicos, cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios y metabólicos, que deben ser detectados por el personal de salud de manera oportuna.

En estado de gestación el consumo de drogas genera una situación de alto riesgo para el feto y la gestante, provocando efectos negativos en el desarrollo fetal, en la adaptación de la vida del feto fuera del útero presentando de tal manera alteraciones como el síndrome de abstinencia y por lo consiguiente al crecimiento del niño. Las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta mediante la difusión pasiva y la consecuencia que representa en el feto depende de la vía de administración utilizada, dosificación, la duración del consumo, y el periodo gestacional en el cuál ocurre la exposición.

En el embarazo es necesario cuidarse por el bien de la salud tanto de la madre como del bebé, si consume alcohol, drogas o genera dependencia de medicación, está expuesta a provocar afección en el feto durante el estado de gestación.

Drogas que causan dependencia y alteraciones durante el embarazo

Tabaco: Fumar durante el embarazo puede transmitir nicotina, monóxido de carbono y otras sustancias nocivas al bebé. Esto traerá muchos problemas al desarrollo del feto. Aumenta el riesgo de que su bebé tenga bajo peso, parto prematuro o defectos de nacimiento al nacer. Fumar también puede afectar a los bebés después del nacimiento. Su riesgo de desarrollar enfermedades como asma u obesidad puede ser mayor. Su riesgo de morir a causa del síndrome de muerte súbita también puede ser mayor.

Alcohol: No existe una cantidad segura de alcohol para las mujeres embarazadas. Si bebe alcohol durante el embarazo, su bebé puede nacer con síndrome de alcoholismo fetal. Los niños con este síndrome pueden tener varios problemas físicos, de comportamiento y de aprendizaje que pueden durar toda la vida.

Drogas ilegales: el uso de drogas ilegales como la cocaína y la metanfetamina puede hacer que los bebés tengan bajo peso, defectos de nacimiento o síntomas de abstinencia después del nacimiento.

Abuso de medicamentos recetados: Si está tomando medicamentos recetados, siga cuidadosamente las instrucciones de su proveedor de atención médica. Puede ser peligroso tomar más dosis que lo debido, usarlos para drogarse o tomar los medicamentos de otra persona. Por ejemplo, el uso indebido de opioides puede causar defectos congénitos, abstinencia en el bebé o incluso la pérdida del bebé.

En los últimos años, algunos países han informado de un aumento en el uso no médico de medicamentos recetados. El “uso no médico” incluye el uso de un medicamento por la persona a quien se le recetó, pero en una forma o dosis diferente a la recetada, y el uso por otra persona.

Las transferencias se realizan a través de diversos canales, como recetas obtenidas por medios corruptos, recetas falsas, ventas ilegales en farmacias, uso indebido en el hogar, ventas ilegales entre pacientes y medicamentos falsificados, en ocasiones obtenidos a través de Internet.

Aunque se puede abusar de muchos medicamentos recetados, los más comunes se clasifican en una de tres categorías; opioides, depresores del sistema nervioso central y estimulantes. A nivel mundial, las drogas ilícitas más consumidas siguen siendo el cannabis la tasa de prevalencia anual mundial se sitúa entre el 2,6% y el 5,0% y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis” del 0,3% al 1,2%. La prevalencia anual mundial de cocaína es de 0,3% a 0,4% y la prevalencia anual de opiáceos (opio y heroína) es de 0,3% a 0,5%. Uno de los efectos más importantes del consumo de drogas ilegales son sus efectos adversos sobre la salud de los miembros de la sociedad: entre el 10% y el 13% de los consumidores de drogas siguen siendo consumidores de drogas y / o consumidores problemáticos con enfermedades relacionadas con las drogas. Consumo de drogas; prevalencia del VIH (estimada en alrededor del 20%), hepatitis C (46,7%) y la hepatitis B (14,6%) entre los consumidores que se inyectan la droga continúa sumándose a la carga mundial de morbilidad; y, por último, pero no por

ello menos importante, aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas.

Aspectos toxicológicos y consecuencias en el estado de salud de la madre y el niño

Las madres que consumen drogas durante el embarazo aumentan el riesgo de anemia, infecciones sanguíneas y cardíacas, infecciones de la piel, hepatitis y otras enfermedades infecciosas.

También aumentará su riesgo de desarrollar enfermedades de transmisión sexual. Casi todas las drogas pasan de la madre al feto a través de la placenta por medio del torrente sanguíneo.

Las sustancias ilegales que causan la dependencia y adicción a las drogas de la madre también pueden hacer que el feto se vuelva adicto. La marihuana, la cocaína y otras drogas pueden pasar a través de la placenta. El uso de marihuana durante el embarazo puede estar relacionado con los problemas cognitivos y de comportamiento del bebé. El uso de cocaína puede causar aborto espontáneo, parto prematuro del feto, desprendimiento de placenta, presión arterial alta y muerte fetal.

Cuando una mujer consume drogas durante el embarazo, se producen ciertos riesgos para su salud y la del feto. El aumento del riesgo de aborto, el bajo peso al nacer o el síndrome de abstinencia en el bebé son algunos de los efectos de las drogas en el embarazo y el bebé, pero puede haber más.

Complicaciones materno fetales y neonatales

El abuso y el consumo de drogas desencadenan una serie de efectos y consecuencias por lo cual se hace una relación referente a la causal entre los diferentes tipos de drogas con sus respectivos efectos.

Narcóticos: Son causa reconocida de abortos, crecimiento intrauterino retardado, prematuridad y partos patológicos. Son las sustancias que definen el llamado síndrome de abstinencia agudo y subagudo por excelencia. Para muchos autores, son causantes de efectos conductuales a largo plazo.

Cocaína: Tanto esnifada como fumada da lugar a efectos deletéreos. Al tener un importante efecto anorexígeno, las madres que la consumen suelen presentar desnutrición que afecta al crecimiento fetal. Además, en los últimos años ha habido varias publicaciones donde se objetiva efectos sobre la circulación materna y fetal (disminución del riego uterino, vasoconstricción periférica fetal,). Por este motivo se han justificado efectos teratogénicos (defecto reducción extremidades, malformaciones urológicas y digestivas,), desprendimiento prematuro de placenta, accidentes cerebrovasculares fetales, alteraciones EEG al nacimiento, **Benzodiacepinas:** Tienen un efecto teratogénico reconocido, aunque de escasa frecuencia. Pueden producir alteraciones de la línea media como hendidura palatina, labio leporino, alteraciones del cuerpo calloso... y un posible fenotipo característico tipo «alcohol-fetal». También se describe un síndrome de abstinencia similar al de los opiáceos y un cuadro clínico llamado «lactante laxo» («floppy infant»).

Cannabis: Aunque no existen estudios que avalen su seguridad, no parece que su consumo se asocie a teratogenicidad, ni a alteraciones como prematuridad y/o crecimiento intrauterino retardado. Tampoco se han descrito síndromes de abstinencia que precisen tratamiento, si bien se ha publicado asociación con alteraciones del sueño. Es más discutido el posible efecto conductual a largo plazo que mantienen algunos autores.

Alcohol: El consumo de alcohol por la gestante se asocia a un alto porcentaje de abortos y mortinatos, siendo causa reconocida de dismorfogénesis. El llamado síndrome alcohol-fetal conlleva retraso crecimiento prenatal y postnatal, alteraciones del desarrollo psicomotor, alteracio-

nes de la línea media (cardiacas, cerebrales y esqueléticas) y fenotipo facial característico (microcefalia, hendiduras palpebrales pequeñas, filtrum largo y plano,). Puede producir, además, un síndrome de abstinencia más o menos agudo.

Otras: Las anfetaminas, barbitúricos, drogas inhaladas y drogas de diseño también se asocian a distintas patologías neonatales.

Síndrome de abstinencia neonatal

El síndrome de abstinencia neonatal es lo que sucede cuando un bebé se expone a las drogas antes de nacer, mientras está en el vientre de su mamá. Después del nacimiento, el bebé puede tener entonces síndrome de abstinencia a las drogas.

Casi todas las drogas y medicamentos pasan del torrente sanguíneo de la mamá a través de la placenta al bebé que lleva en su vientre. Si la mamá usa drogas ilegales, eso también puede hacer que el bebé que lleva en su vientre se vuelva adicto. Al nacer, el bebé sigue necesitando la droga. Pero, como ya no tiene acceso a la droga, tiene síndrome de abstinencia.

Algunas drogas y medicamentos tienen más probabilidades de causar el síndrome que otros.

Pero prácticamente todos tienen algún efecto sobre el bebé. Por ejemplo:

- Opiáceos tales como la heroína y medicamentos recetados tales como la codeína y la oxicodona.
- Anfetaminas tales como la cocaína.
- Barbitúricos tales como la marihuana.

El uso de alcohol también provoca síndrome de abstinencia en el bebé. Además, puede causar otro grupo de problemas llamados trastornos del espectro alcohólico fetal. Los síntomas de abstinencia pueden co-

menzar tan pronto como entre 24 y 48 horas después del nacimiento. O pueden aparecer recién entre 5 y 10 días después del nacimiento.

A continuación, se enumeran los síntomas más comunes del síndrome. Los síntomas pueden ser algo diferentes para cada bebé. Los síntomas de la abstinencia en los bebés a término pueden incluir:

- Temblores
- Llorar demasiado o llorar con un tono muy agudo
- Problemas para dormir
- Tono muscular tenso
- Reflejos hiperactivos
- Convulsiones
- Bostezos, congestión nasal y estornudos
- No se alimenta ni succiona bien
- Vómitos o diarrea
- Sudoración
- Fiebre o temperatura inestable

Los bebés prematuros pueden correr menos riesgo de tener síntomas de abstinencia o pueden tener síntomas menos graves. También puede que se recuperen más rápidamente porque estuvieron menos expuestos a la droga que los bebés a término.

Diagnóstico

El diagnóstico se hace según antecedentes de abuso de sustancias por parte de la mamá. Es importante contar con un informe preciso del uso de drogas de la madre. Eso incluye el momento en que consumió la última droga. El proveedor de atención médica puede usar un sistema de puntuación para ayudar a hacer el diagnóstico y determinar qué tan grave es la abstinencia en el bebé. Se asignan puntos para ciertos signos y síntomas, y según la gravedad de cada uno de ellos. Esta puntuación también puede ayudar en la planificación del tratamiento.

El personal de atención médica puede analizar muestras de meconio o de orina si sospecha que la madre usaba drogas. También puede hacerlo si el bebé muestra síntomas del síndrome.

Tratamiento

El tratamiento dependerá de los síntomas, la edad y la salud general de su hijo. También variará según la gravedad de la afección.

Los bebés que tienen abstinencia están irritables. Suele ser difícil calmarlos. Puede ayudar envolver al bebé fuertemente en una manta para darle confort. Estos bebés también pueden necesitar calorías adicionales porque tienen una mayor actividad. Quizás necesiten una fórmula con más cantidad de calorías. También puede que necesiten líquidos IV si están deshidratados o tienen vómito o diarrea graves.

Algunos bebés pueden necesitar medicamentos para tratar síntomas graves de abstinencia, como las convulsiones. Los medicamentos también pueden ayudar a aliviar las molestias y los problemas que causa la abstinencia. Por lo general, a los bebés se les da un medicamento que está en la misma familia que la droga que le ha provocado el síndrome de abstinencia. Una vez que los signos de la abstinencia están bajo control, se va reduciendo lentamente la cantidad de medicamento. Eso ayuda a ir separando al bebé de la droga. Hable con el proveedor de atención médica de su bebé para saber qué tratamientos podrían funcionar para su bebé.

Muerte súbita del lactante

“Estos niños presentan un riesgo mayor que los niños normales de presentar muerte súbita del lactante (3-7 veces el riesgo de niños normales). Algunos autores discuten si es debido a la exposición a drogas intrauterino o al medio social posterior en el que viven. De cualquier forma, las medidas encaminadas a disminuir la muerte súbita del lactante deben ser especialmente aconsejadas a sus padres: dormir en decúbito supino, evitar humo del tabaco, mantener una temperatura normal, no dormir con los niños en la cama.

Problema social

Algunos de estos niños vivirán en un medio social marginal. En estos casos es obligada una consulta a la Asistente Social para que valore la capacidad de los padres de atender al niño y sus recursos económicos.

Con cierta frecuencia, estos niños salen del hospital al alta para ir a un centro de acogida de un Organismo Público bajo la tutela del Juez Protector de Menores. La problemática que estas decisiones conlleva podría ser objeto de un debate ético importante.

Síndrome de abstinencia subagudo y problemas conductuales a largo plazo:

Se ha descrito un síndrome de abstinencia subagudo o crónico. No se sabe si es una verdadera abstinencia o es el reflejo del medio socio-familiar en el que crece el lactante. Lo cierto es que muchos de estos niños, una vez que reciben el alta hospitalaria, son definidos por sus padres como niños muy inquietos y nerviosos, con problemas de sueño y, posteriormente, de comportamiento (alteraciones del aprendizaje, dificultad para la concentración, patrones de relación alterados).

Lactancia

La lactancia materna está contraindicada en madres con consumo activo de sustancia de abuso ya que, la mayoría de ellas, pasan a la leche humana en cantidades apreciables pudiendo ocasionar problemas al niño.

Sin embargo, en el caso de la metadona a dosis bajas (20 mg/día) en tratamientos muy controlados, algunos autores opinan que podría ser útil para el niño tomar la leche de su madre. Así, el niño evitaría la abstinencia aguda de la retirada brusca de la sustancia y, por otra parte, su madre se beneficiaría mucho de la relación íntima que se produce con su hijo. Sea como fuere, la decisión de la lactancia debe ser sometida

a un análisis individual en cada caso sopesando ventajas e inconvenientes”. (34)

3.8. Drogadicción en adolescentes embarazadas

La drogadicción como tal es un problema social y de salud que va en aumento en los últimos años, donde cada vez más el consumo de estas sustancias son a edades tempranas y cada vez encontramos que lo consume mujeres de todas las edades, como consecuencia de aquello tenemos que el embarazo en la adolescencia esta sumado con este problema social también y es visible como cada año nacen más niños bajo el efecto de drogas consumidas por sus madres, teniendo como consecuencia anomalías morfológicas y déficit funcionales cognitivo-afectivos.

Las gestantes consumidoras ponen en peligro su salud y la de su hijo al retrasar o evitar acudir a la consulta. La causa son los sentimientos de miedo, culpa, vergüenza y remordimiento, o para evitar sufrir consecuencias legales o sociales, es por eso que comúnmente esas adolescentes no llevan un control prenatal correcto.

La adicción a las drogas por parte de las mujeres embarazadas tiene consecuencias en el desarrollo del feto y puede llegar a producir dependencia en el neonato, dando lugar al Síndrome de Abstinencia Neonatal, que se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos de hiperexcitabilidad debido al cese del aporte de las sustancias adictivas, es fundamental identificar a la gestante consumidora de algún tipo de sustancia adictiva, así como determinar lo antes posible qué droga o drogas, con el objetivo de disminuir los riesgos y efectos secundarios que pueda estar ocasionando tanto a la madre como a su futuro hijo.

Efectos de las drogas en las mujeres

En las mujeres, en correlación con los hombres, la absorción, la unión a proteínas, la distribución y el metabolismo de sustancias puede ser diferente, debido a la eficiencia de algunas enzimas, la composición

corporal (la relación tanto de agua como de grasa), el metabolismo cerebral, la influencia hormonal en las funciones fisiológicas y las variaciones en las respuestas a las drogas, de acuerdo con la fase del ciclo menstrual o la edad. En comparación con los hombres, las mujeres tienen una latencia más corta desde el inicio del consumo de sustancias hasta la aparición de trastornos por el uso de éstas y lo presentan de forma más severa. Además, las que sufren problemas por consumo de sustancias presentan mayor prevalencia de trastornos comórbidos. Las mujeres reportan mayor deterioro en los ámbitos laboral, social, psiquiátrico y médico, en relación con los hombres. En cuestión de tratamiento, muestran tasas más altas de abandono y es más probable que recaigan después de recibir atención especializada.

Si a las situaciones anteriores, se agrega el embarazo, el consumo de sustancias se muestra como un fenómeno de especial inquietud tanto para la salud del feto en desarrollo debido a los efectos teratogénicos de las sustancias adictivas y a sus consecuencias negativas como para las condiciones de vida posteriores al nacimiento.

Causas de la drogadicción en el embarazo

El consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo no es un fenómeno aislado, está influido por el entorno cultural y social: con él se combinan otras circunstancias adversas como pobreza, discriminación, abandono educativo, falta de empleo, violencia interpersonal, desintegración familiar, antecedentes de abuso físico y sexual, y en general un inadecuado cuidado de la salud. El consumo de drogas durante el embarazo es una temática de interés para la comunidad científica en varios sentidos, desde el conocimiento de los efectos de las diferentes sustancias sobre el producto a corto, mediano y largo plazo, hasta la salud física (en muchos casos con problemas crónicos) y mental de las madres y de sus hijos, pasando por los requerimientos de atención médica y de salud mental de ambos. Además, las situaciones éticas y jurídicas que se ponen de manifiesto con esta problemática, evidencian que el consumo de sustancias psicoactivas durante

el embarazo es un problema social y de salud pública grave y poco visible que supone un reto para las instituciones de salud, debido a las necesidades de contención y atención multidisciplinaria durante el embarazo, en el transcurso a la maternidad y en los años posteriores.

Efectos de la drogadicción en el embarazo

Cuando una mujer consume drogas durante el embarazo, se producen ciertos riesgos para su salud y la del feto. El aumento del riesgo de aborto, el bajo peso al nacer o el síndrome de abstinencia en el bebé son algunos de los efectos de las drogas en el embarazo y el bebé, pero puede haber más. El uso de drogas ilegales durante el embarazo (en especial los opiáceos) puede causar dificultades durante este periodo y graves complicaciones en el desarrollo del feto y del recién nacido. En la mujer embarazada, la inyección de drogas ilegales aumenta el riesgo de infecciones que pueden afectar o ser transmitidas al feto. Entre estas infecciones se encuentran la hepatitis y algunas enfermedades de transmisión sexual (incluido el sida). Cuando las mujeres embarazadas toman drogas ilegales también es más probable que se produzca un crecimiento anormal del feto y son muy frecuentes los nacimientos prematuros.

En general, el uso de drogas ilícitas durante el período de gestación aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y otros defectos en el futuro bebé, como espina bífida, atresia de esófago, ausencia de ano, rotura de la pared abdominal, alteraciones cardiovasculares, malformaciones renales y urinarias. Además, cabe tomar en cuenta que la drogadicción en el embarazo indistintamente del tipo de drogas que se consuma puede ocasionar problemas y alteraciones bio-psico-sociales como lo son:

- La reducción del peso de los recién nacidos.
- La alteración de las funciones cognitivas-mentales de los niños.
- La aparición de trastornos de atención e hiperactividad.
- Mayores tasas de prematuridad y de inmadurez fetal, así como de complicaciones obstétricas.

- Baja respuesta a estímulos, irritabilidad y trastornos del sueño en los recién nacidos en los días inmediatos al nacimiento, que parecen asociarse a un cuadro de abstinencia.
- A más largo plazo se detecta retraso en la habilidad y la memoria verbales.
- Aborto.
- Muerte fetal intrauterina.
- Prematuridad con inmadurez fetal.
- Menor peso de los bebés al nacer.
- Lesiones cerebrales, que pueden ser la causa de la muerte intrauterina o de daños cerebrales permanentes después del nacimiento y el motivo por el cual muchos niños padezcan hiperactividad, crezcan con trastornos de personalidad y de la organización de la respuesta a estímulos ambientales, con retraso cognitivo y a que en la vida adulta tengan una mayor predisposición a padecer trastornos neuropsiquiátricos.

Finalmente, hay que recordar que todo lo que hacemos durante el embarazo tiene consecuencias en el futuro para el bebé y las secuelas de los consumos abusivos de alcohol u otras drogas son visibles en el desarrollo de los hijos. No sólo habrá consecuencias físicas, sino que también existe un mayor riesgo de padecer trastornos de conducta, problemas emocionales y dificultades en el aprendizaje y las relaciones sociales. (35)

3.9. El uso de drogas en el personal de salud

Las diferentes formas en que se presenta el consumo de drogas no necesariamente representan un uso problemático de las mismas, como fenómenos delictivos, desintegración familiar, desvinculación académica o laboral, desarrollo de enfermedades mentales, transmisión de enfermedades infecciosas, intoxicación y muerte, ya que el consumo se puede dar de manera experimental, ocasional, habitual o compulsiva. El consumo experimental se caracteriza por presentarse de manera fortuita, durante un periodo de tiempo muy limitado o en cantidades

reducidas, así que la droga se puede probar una o varias veces, pero después no se vuelve a consumir; el consumo ocasional se presenta de manera intermitente, en cantidades a veces importantes, y su principal motivación es la integración grupal, mejorar el rendimiento deportivo, académico o aumentar el goce sexual.

Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Se sabe que el consumo de drogas ilegales es más común en países Europeos. Sin embargo, dado que se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de las personas consumidoras lo hacen por medio intravenoso mediante inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador. Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento; aunque existen regulaciones para el control y fiscalización del uso de estas sustancias, ya sea para uso recreativo, como el alcohol o el tabaco; para uso farmacológico, como los tranquilizantes o analgésicos opiáceos, o de uso general, como los solventes industriales, hay un grupo cuyo uso es considerado ilícito y solo autorizado con fines médicos o de investigación, como el caso de la cocaína y sus derivados. El uso de sustancias psicoactivas siempre implica un grado de riesgo de sufrir consecuencias adversas sobre distintos órganos y sistemas, las cuales pueden darse en el corto plazo, como en el caso de la intoxicación, la cual incrementa el riesgo de lesiones por accidentes o agresión, así como conductas sexuales en condiciones inseguras.

El uso repetido y prolongado en el tiempo de estas sustancias, favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, que son trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar

de consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal. Las drogas ilegales son usadas con mayor frecuencia en los países desarrollados sin embargo las consecuencias de la dependencia de drogas para la salud, así como las enfermedades, discapacidades y defunciones que se producen como consecuencia de este tipo de hábitos se sienten de manera desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde las personas tienen menos acceso a la atención de salud.

En algunas razones los principios religiosos, de salud, el uso de alcohol, tabaco, gaseosas, te, café son consideradas como una práctica aceptada por diversos aspectos de la sociedad del ser humano hasta tal punto que se vuelve hábito, rutina o círculo vicioso, teniendo en cuenta los aspectos de uso y abuso que representan un gran problema de salud pública a nivel mundial, debido a las alteraciones que produce en la salud, esto también va conllevando a los problemas sociales y emocionales; la Organización Mundial de Salud afirma que el uso indiscriminado de estas sustancias psicoactivas es una de las causas más eludible de morbilidad a nivel mundial.

El personal de salud está expuestos a la gran variedad de drogas lícitas que existen en venta libre sin ninguna restricción, el índice de consumo en el personal de salud es cada vez mayor y su gran mayoría es el personal de enfermería que se inclina a ingerir este tipo de drogas por las recargas laborales, la falta de personal en las distintas áreas de trabajo, cefaleas intensas y falta de comunicación en el personal laboral. En la actualidad las drogas lícitas son de fácil accesibilidad, bajo costo para cualquier grupo etario, social por el cual es muy factible su consumo, a pesar de la publicidad negativa que se tiene hacia las drogas, el ser humano aun las sigue consumiendo y es de conocimiento público todos los daños y perjuicios que causan con el excesivo consumo de las drogas legales, pero esto no cambiará debido que la sobrecarga laboral, estrés, la fatiga el insomnio seguirá existiendo.

Las drogas pueden ser clasificadas bajo una variedad de criterios como:

Por el origen:

Drogas naturales: son aquellas que se recogen directamente de la naturaleza para ser consumidas como por ejemplo la hoja de la coca.

Drogas semi sintéticas: son drogas naturales obtenidas por síntesis parciales, por ejemplo, el aislamiento de ciertos alcaloides origina que las drogas sean más potentes

Drogas sintéticas: Son aquellas que mediante la combinación de una serie de sustancias que en realidad no son drogas provocan una droga mediante una combinación, estas se elaboran netamente en el laboratorio como las anfetaminas o éxtasis

Por la forma de consumo:

Drogas sociales: son drogas en donde el entorno social acepta su consumo, es decir que su utilización está vinculada con las costumbres de la población, como el alcohol, el tabaco, café o té.

Drogas folclóricas: sustancias cuyo uso forma parte de la cultura y se asocian a actividades de origen tradicional que se emplean en celebraciones, tratamientos de brujería o curación, como la ayahuasca, hongos alucinógenos, hoja de coca.

Drogas terapéuticas: aquellas sustancias de uso médico legal que se expenden en farmacias algunas de ellas bajo prescripción como las pastillas o jarabes.

Drogas de abuso: Drogas a las que no se les ha permitido su uso ni tampoco uso terapéutico como la marihuana, pasta base de cocaína o clorhidrato de cocaína.

Drogas industriales: sustancias volátiles que pueden ser consumidas por el organismo mediante inhalación de gases que se emanan, donde la administración a través de la vía nasal u oral provoca efectos tóxicos semejantes a las de las drogas, como el pegamento, gasolina, thinner, bencina.

La posibilidad de que exista consumo de sustancias psicoactivas va a depender de un sin número de factores, siendo parte de ellos la profesión u ocupación desarrollada, según se reporta, entre las que tendrían mayor tendencia se encuentran aquellos trabajos con régimen irregular de horario, intensa vida social y con desarraigo familiar. En los trabajadores de la salud, se ha evidenciado una alta tasa de abuso de sustancias, probablemente debido a que desarrollan trabajos con alta demanda física, mental y emocional, largas jornadas laborales con poco tiempo para actividades recreativas o tiempo de ocio, y fácil acceso a drogas de uso médico, extendiéndose a las enfermeras la posibilidad de poder desarrollar el abuso de sustancias.

El trabajo y su entorno ocupan un espacio fundamental en la vida de las personas, siendo fuente de satisfacción y bienestar al permitir la generación de recursos, determinar posición social, otorgar sentido de pertenencia e identidad, y contribuir a la percepción de la propia imagen, no obstante, también puede ser causa de insatisfacción y discomfort, produciendo alteraciones de salud tanto físicas como psicológicas. El modo de enfrentar estas alteraciones varía de individuo a individuo, ya que depende de su capacidad de adaptación y herramientas de afrontamiento, siendo el abuso de sustancias una posibilidad ante la incapacidad de estas.

El contexto laboral sería por tanto un factor que podría promover el abuso de sustancias, siendo los profesionales de la salud, en este caso profesionales de enfermería, potenciales usuarios de drogas sean estas lícitas o ilícitas. Esto constituye un problema grave, ya que las consecuencias del consumo de sustancias además de afectar al profesio-

nal de forma personal, tiene un impacto en su desempeño profesional; pudiendo perjudicar a los usuarios por errores en la atención clínica, y a las instituciones por causas administrativas o legales.

Las sustancias utilizadas por los profesionales de enfermería son diversas, sin embargo, el alcohol ocupa el primer lugar seguido por el cigarrillo; ambas son legales, accesibles y con poca sanción o condena social. Le siguen las bebidas energéticas, benzodiacepinas y barbitúricos, estos últimos con o sin prescripción médica.

Otra droga lícita muy común es el tabaco, entre sus componentes encontramos el alquitrán, el monóxido de carbono y la nicotina, que puede provocar repercusiones tanto a nivel cerebral, pulmonar y cardiovascular, produciendo mareos, vértigos, insensibilidad de las papilas gustativas y relacionándose con enfermedades como el enfisema pulmonar, asma, bronquitis, úlceras estomacales y duodenales, y cáncer de boca, esófago, garganta pulmón.

El consumo de cigarrillos es un importante factor de riesgo para la aparición de enfermedades pulmonares, cardiovasculares, alteraciones en el crecimiento fetal, aborto espontáneo y nacimientos prematuros, según la Organización Mundial de la Salud, una persona muere cada diez segundos en el mundo por una enfermedad relacionada con el tabaco. Un profesional con problemas de adicción puede tener un impacto exponencial en la población a su cuidado, quebrantando al mismo tiempo éticos y estéticos de la profesión, ya que las sustancias afectan el comportamiento, alteran el pensamiento lógico, la toma de decisiones y la realización de procedimientos especializados; desde el nivel organizacional el costo de las adicciones en profesionales incluye, ausentismo laboral, disminución en la productividad, conflictos interpersonales, accidentes de trabajo, y riesgo de denuncias por mala praxis.

El consumo de drogas en el gremio y otros profesionales de la salud es una problemática conocida, y si bien se encuentra registrada, eso

ha sido principalmente de forma cualitativa, siendo el dato estadístico escaso, y proveniente principalmente de fuentes extranjeras y algunas experiencias locales circunscritas a centros de salud específicos, de estos, se extrae que el consumo de sustancias lícitas o ilícitas tiene una prevalencia importante en los enfermeros, siendo el alcohol y el tabaco las que encabezan la lista, así como también los estupefacientes, por el fácil acceso, conocimiento farmacológico y familiaridad, una alternativa constante de consumo.

Impacto del consumo de drogas:

- Efectos crónicos de la salud
- Efectos agudos de tipo biológico
- Efectos sociales

Efectos crónicos de la salud: Se denomina a las repercusiones que provocan de carácter sistémico cuando ha existido un consumo crónico, continuo ejemplo: El consumo de alcohol genera cirrosis hepática, el consumo de cigarrillo genera cáncer pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Efectos agudos de tipo biológico: Se denomina a las consecuencias producidas por las sobredosis.

Efectos sociales: Se denomina a las consecuencias que genera en el comportamiento del consumidor con la sociedad que lo rodea ejemplo: las rupturas familiares, escándalos en la vía pública, intentos autolíticos, instintos criminales, arrestos.

Vale mencionar que las cifras de profesionales que presentan una situación conflictiva con sustancias provienen de países desarrollados, y corresponden a aquellos que se encuentran enrolados en programas de instituciones u organismos de tratamiento, rehabilitación y reinserción de profesionales. Dejando fuera de los datos a aquellos que mantienen la conducta adictiva sin haber solicitado ayuda, y que se man-

tienen aún en sus funciones de trabajo, subestimando probablemente la población de profesionales que presentan esta problemática. (36)

3.10. Complicaciones neurológicas y cardiovasculares en el niño por el consumo de drogas durante el embarazo adolescente

La mayoría de las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta por difusión pasiva, ejerciendo así la cantidad toxicológica en el embarazo además del tipo de sustancia, vía utilizada, dosis y otros factores de riesgo como la edad de la madre, el tipo de alimentación, el estado psicológico o madurez emocional que está presente, y si esta posee alguna enfermedad transmisible que se sumaría a las complicaciones que se genere en su embarazo como el producto y ya consideradas así como un cúmulo de problemas de graves repercusiones que se estaría formando dentro de la gestante.

El período de la gestación en el cual ocurre la exposición es determinante del efecto tóxico siendo así el período embrionario durante el primer trimestre constituye una ventana crítica de vulnerabilidad para la aparición de anomalías. La organogénesis ocurre entre los días 18 y 60 de la gestación; por otro lado se debe considerar que el agente teratógeno no se limita a la capacidad de inducir malformaciones morfológicas o estructurales de un órgano en desarrollo, sino también producir muchos otros tipos de alteraciones. Un órgano en desarrollo es más susceptible al daño estructural y/o funcional por una sustancia química. No existe una dosis tóxica establecida, por lo que dicho de otra forma, no existe una dosis segura a la cual la exposición no ocasiona daño.

El neonato desarrolla manifestaciones clínicas como el SAN (síndrome de abstinencia neonatal) se pueden clasificar en cuatro categorías: hiperexcitabilidad del SNC, y disfunción autonómica, y compromiso cardiorrespiratorio. Otros signos del SNC tales como los temblores, la inquietud, y el insomnio que hacen que su cerebro se encuentre cansado y no se desarrolle con normalidad. Las convulsiones, aunque no son

frecuentes y se asocian tan solo con algunos tipos de sustancias (p. ej. alcohol, hipnosedantes), son una manifestación grave que requiere tratamiento inmediato; SAN se caracteriza generalmente por presentar una fase intensa primera, de 1 a 2 semanas, permanente en signos y síntomas multisistémicos, a continuación de una fase subaguda, más leve, y finalmente, en el 40% de los recién nacidos, se da una fase crónica o recurrente, lo que se conoce como "manifestaciones persistentes", , trastornos del sueño y problemas en semanas hasta varios meses después tanto en la parte cognoscitiva y cardiovascular.

Tabaco

Complicaciones Cardiovasculares

Cardiopatía congénita

El tabaco y la cocaína intravenosa en conjunto son las principales sustancias que sobrellevan a la cardiopatía congénita neonatos, éstas presentan alteraciones en la estructura y funcionalidad del corazón manifestándose desde el primer trimestre de embarazo de tipo acianótica es la que se da con mayor frecuencia a nivel mundial.

Complicaciones Neurológicas

Especialmente en el sistema nervioso simpático la incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer relacionado con una reducción de los depósitos de grasa fetal por un incremento del metabolismo fetal de los depósitos de grasa y glucógeno debido a la estimulación simpática, determinando mayor riesgo de parto de pre término y de rotura prematura de membranas, cuando alcanza el SNC al atravesar la barrera hematoencefálica fetal causa vasoespasmo así como isquemia en otros órganos en el feto.

Se puede evidenciar también otros factores como:

La prematurez es una manifestación principal al traspasar la placenta la cocaína considerándose de alta peligrosidad, esta puede ejercer su efecto simpaticomimético en el feto, ocasionando aumento de la fre-

cuencia cardíaca y presión arterial fetales, así como disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca del producto.

Síndrome Alcohólico Fetal

Principalmente considerados en estudios hechos en varias madres que tuvieron alcoholismo y sus hijos que desarrollaron tanto retardo mental, microcefalia, anormalidades cardíacas.

El etanol atraviesa la placenta, y aunque sus niveles en líquido amniótico hijo es el 40% de la sangre materna su lento aclaramiento supone una prolongada exposición fetal. El cerebro fetal es la principal Diana por alta demanda metabólica junto con una menor presencia de enzimas y sistemas antioxidantes, existiendo algunas categorías diagnósticas.

Los trastornos del neurodesarrollo dependen de explicarse tanto por alteraciones morfológicas evidentes clínicamente o por estudios de imagen, no menos importantes pero si significativos están representados por los secundarios a cambios bioquímicos y funcionales, siendo de más difícil diagnóstico o bien aparecer en la evolución (infancia y adolescencia). Se refieren: microcefalia (muy habitual), defectos de cierre del tubo neural, alteraciones del desarrollo del cuerpo calloso, displasias corticales y alteraciones cerebelosas. El recién nacido puede presentar trastornos del sueño, alteraciones electroencefalográficas, succión débil, temblores, convulsiones y susceptibilidad a infecciones. La exposición prenatal a alcohol constituye la tercera causa de retardo mental en el mundo después de las trisomías y los defectos del tubo neural (exceptuando la asfixia perinatal).

En referencia con los trastornos cognitivos sin llegar a constituir un retardo mental están: trastornos del lenguaje y de la memoria, de las habilidades matemáticas y lingüísticas, trastornos práxicos y de las funciones ejecutivas, se podría añadir además alteraciones del desarrollo psicomotor y trastornos conductuales (comportamiento autoagresivo

o heteroagresivo), todos relacionados a los trastornos del espectro alcohólico fetal (FASD) con el trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad de la infancia y con algunos trastornos de personalidad (disocial, limítrofe, dependiente y evitativo) y trastornos por abuso de sustancias. El 50-80% de los niños afectados por los FASD presentan solamente daños o disfunciones debidas a alteraciones del desarrollo cerebral, clínicamente evidentes luego en la infancia y/o adolescencia. Se debe tomar en cuenta también que existe inclusive un mayor riesgo de aborto espontáneo y de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

Cocaína

En referencia a este tipo de droga existe las diferentes malformaciones congénitas en hijos de consumidoras de cocaína durante el primer trimestre de embarazo: microcefalia, reducción de la talla y perímetro craneano, y cardiovasculares (trasposición de grandes vasos, e incluso la coartación de aorta)

Diversos metabolitos de la cocaína se almacenan en las membranas de la placenta y en el miometrio, lo que implica una exposición fetal continua después del consumo. Esta exposición afecta de forma potencial la maduración neuronal, con riesgo de interrupción del desarrollo del sistema nervioso central (alteración del neurodesarrollo). Los lóbulos frontales se afectan y se pone en evidencia en las dificultades para la concentración y en los problemas para afrontar el estrés y la impulsividad.

Se deben mencionar que el consumo de esta droga causa malformaciones fetales que afectan el sistema cardiovascular y por ende también neurológico, es causa de microencefalia, infartos centrales, hemorragia intraventricular, atrofia cortical y quistes cerebrales.

Algunos de los efectos cardiotóxicos son las arritmias en el recién nacido, disminución del gasto cardíaco y elevación del segmento ST, ocasionando isquemia miocárdica transitoria del neonato, disminución del

gasto cardíaco y elevación del segmento ST; también pueden darse malformaciones estructurales cardíacas y vasculares como lo son estenosis pulmonar, defectos del septum ventricular y ductus arterioso persistente.

Todo esto se puede derivar en las complicaciones más graves que ponen en mayor riesgo la vida de los neonatos durante el síndrome de abstinencia como son las crisis convulsivas, la apnea y las arritmias cardíacas.

Marihuana (Cannabis)

Hoy en día siendo la droga de más fácil acceso al consumo diario de los adolescentes, los principios activos del cannabis son los que actúan de manera directa al desarrollo del niño dentro de la placenta siendo los altos niveles de monóxido de carbono que se alcanzan en la embarazada que fuma marihuana limitando aún más el transporte de oxígeno a través de esta; en la generalidad de los casos en alteraciones vasculares placentarias y en la limitación de aporte de nutrientes y oxígeno al feto durante la vida intrauterina se da alteraciones neurológicas y cognitivas en niños y niñas que tienen mayor evidencia de asociación con factores expuestos a cannabis antes del nacimiento son varios como por ejemplo: alteraciones de la agudeza visual, del razonamiento y de la comprensión verbal, así como de la memoria a corto plazo; en estudios longitudinales han demostrado que el uso de marihuana durante el embarazo se ha asociado con la aparición de alteraciones en las funciones ejecutivas, habilidades cognitivas, nivel académico alcanzado y en el comportamiento de niños, niñas y adolescentes cuyas madres consumieron cannabis durante el embarazo. Se han obtenido alteraciones en el razonamiento y en la expresión verbal, en la memoria, en la comprensión del lenguaje, en percepciones visuales, en habilidades en la lecto-escritura y alteraciones en las escalas de impulsividad e hiperactividad; se han evidenciado incluso efectos neurológicos en lactantes hijos de madres consumidoras de cannabis, tales como depresión de conciencia siendo esto dentro de

un tiempo de consumo del primer mes posparto relacionado con alteraciones del desarrollo motor al año de vida de hijos de madres drogadictas.

Se considera además que el síndrome de abstinencia a opiáceos en el recién nacido es causa directa, que a pesar de que existen evidencias de que el feto es más susceptible a éste que la madre, en cuanto a los síntomas, son similares a los que se observan en el adulto, y su aparición depende de los siguientes factores: dosis materna diaria de droga, duración de la adicción e intervalo desde la toma de la última dosis y el parto. Cuanto más intensa sea la drogadicción en volumen y tiempo, y menor sea el intervalo libre entre la última dosis y el parto, más fácilmente aparecerá algún tipo de síndrome. Los síntomas más importantes son: neurológicos (irritabilidad, hiperactividad, temblores, hipertonía, voracidad, crisis masticatorias, mioclonías, crisis de apnea e incluso convulsiones), siendo los síntomas que aparecerán durante las primeras 24-48 h y raramente pasados los primeros 3 días en el niño.(37)

3.11. Consecuencias neurológicas por el abuso de sustancias estupefacientes en adolescentes en Ecuador

Las drogas afectan la función de la mente y pueden cambiar cómo se siente, piensa y se comportan las personas. La mitad de todos los nuevos consumidores de drogas son menores de 18 años. Los jóvenes reportan tasas más altas de abuso de alcohol y marihuana o trastornos de dependencia en comparación con los grupos de mayor edad.

Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad, dentro de este periodo de edad, los cambios fisiológicos que se experimentan. La adolescencia es un período ontogenético importante que se caracteriza por comportamientos como una mayor búsqueda de novedades, impulsividad y preferencia por la recompensa, que pueden dar lugar a un mayor riesgo de consumo de sustancias. El uso crónico de algunas drogas puede provocar cambios en el cere-

bro tanto a corto como a largo plazo, lo que puede provocar problemas de salud mental, como paranoia, depresión, ansiedad, agresión, alucinaciones y otros problemas. Las regiones del cerebro particularmente sensibles a la exposición de los adolescentes a las drogas son las que presentan procesos de desarrollo significativos durante este período, y esto conduce a perturbaciones a largo plazo.

En los seres humanos, la experiencia del abuso de drogas durante la adolescencia está claramente asociada con un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos y adicción en la edad adulta.

Los adolescentes que abusan de sustancias tienen disminuciones en la memoria, la atención y el procesamiento acelerado de la información y el funcionamiento ejecutivo, también desarrollan déficits en el funcionamiento ejecutivo.

Las drogas afectan la función de la mente y pueden cambiar cómo se siente, piensa y se comportan las personas. El consumo repetido de drogas surge de las acciones neuroquímicas de la droga que producen efectos de refuerzo positivos, conduciendo progresivamente a cambios neurobiológicos en los circuitos de recompensa del cerebro y comportamientos característicos de la adicción: tolerancia, sensibilización, dependencia, abstinencia y ansiedad. La transición del consumo ocasional de drogas a la adicción a las drogas también podría implicar una fuente adicional de refuerzo, como la reducción de un estado emocional negativo durante la abstinencia aguda. La mitad de todos los nuevos consumidores de drogas son menores de 18 años. La experimentación juega el papel más importante en el consumo de drogas entre los adolescentes. Sin embargo, la experimentación es un hecho de la vida, y el hecho de que un adolescente haya probado las drogas o el alcohol no significa que se volverá adicto. Es más importante comprender por qué algunos adolescentes se sienten tentados a experimentar en primer lugar. Las razones comunes por las que los adolescentes abusan de las drogas incluyen: curiosidad, presión de grupo, estrés.

Consecuencias neurológicas por el abuso de sustancias estupefacientes en adolescentes en Ecuador: datos estadísticos

Según el Código de la Niñez y adolescencia, adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad, dentro de este periodo de edad, los cambios fisiológicos que se experimentan influyen de manera directa en el comportamiento de la persona. Siendo esta una edad muy susceptible a ser manipulada con las diferentes corrientes o modas a los que el adolescente se ve enfrentado es importante reconocer que, a esta edad, la influencia del consumo de sustancias drogas de uso legal como el alcohol o tabaco, o de sustancias sujetas a fiscalización como los estupefacientes van a causar un impacto tremendo en la calidad de vida de estos adolescentes.

El inicio y el mantenimiento del consumo de este tipo de sustancias causan deterioro en todas las esferas de la vida; un problema que involucra tanto al afectado como su entorno familiar y social y que en Latinoamérica está muy asentado y debe ser atendido con la urgencia que necesita.

Las drogas afectan la función de la mente y pueden cambiar cómo se siente, piensa y se comportan las personas. El consumo repetido de drogas surge de las acciones neuroquímicas de la droga que producen efectos de refuerzo positivos, conduciendo progresivamente a cambios neurobiológicos en los circuitos de recompensa del cerebro y comportamientos característicos de la adicción: tolerancia, sensibilización, dependencia, abstinencia y ansiedad. La transición del consumo ocasional de drogas a la adicción a las drogas también podría implicar una fuente adicional de refuerzo, como la reducción de un estado emocional negativo durante la abstinencia aguda. La mitad de todos los nuevos consumidores de drogas son menores de 18 años. La experimentación juega el papel más importante en el consumo de drogas entre los adolescentes. Sin embargo, la experimentación es un hecho de la vida, y el hecho de que un adolescente haya probado las drogas o el alcohol no significa que se volverá adicto(4). Es más impor-

tante comprender por qué algunos adolescentes se sienten tentados a experimentar en primer lugar. Las razones comunes por las que los adolescentes abusan de las drogas incluyen: curiosidad, presión de grupo, estrés.

Según datos del Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas de la OEA, las tasas de consumo de alcohol más bajas, de un 20% o inferiores, se observan en Ecuador, El Salvador y Venezuela. Un dato que es de recalcar, y de vital importancia, es que en Chile, Ecuador y México menos del 60% de los estudiantes secundarios consideran de gran riesgo el uso frecuente de cigarrillos y por lo tanto su uso es frecuente en estudiantes de enseñanza secundaria. En cuanto al consumo de Marihuana, Ecuador presenta niveles de consumo cercanos por sobre el 10%, pero inferiores al 20%; los datos sobre el uso de cocaína para nuestro país son de una prevalencia del 2% y de éxtasis de 1%, un dato estremecedor es que más del 5%, pero menos del 10% de los estudiantes secundarios considera que es fácil conseguir éxtasis(6), al 15% le sería fácil conseguir marihuana, al 8% comprar la droga 'H', al 6% cocaína, y al 3% pasta base.

Con respecto al consumo de drogas ilícitas, también se menciona que el 12,7% de los estudiantes universitarios en el Ecuador ha consumido una de estas en el 2017; siendo la marihuana la que prevalece sobre las demás con un 11,6%, seguida de la cocaína en 1,5%, LSD con un 1,1%, hongos alucinógenos 0,8%, cannabinoides sintéticos con un 0,7%, pasta base 0,6%, éxtasis 0,4% e inhalables con el 0,2%.

Datos publicados del Observatorio Social del Ecuador expresan textualmente que: “ Casi 1 de cada 4 adolescentes (24%) entre 12 y 17 años alguna vez se ha embriagado, en el campo, el porcentaje sube a 28%, mientras que en la ciudad es de 23%; además preocupa la facilidad con que los adolescentes pueden acceder a drogas (marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, 'H')”.

En su reporte también nos indica que casi la mitad de los adolescentes en Ecuador consideran que en los alrededores de sus centros educativos y al interior de las escuelas existe la presencia y consumo de drogas, además, los datos indican que el 24% de estudiantes observó a algún compañero vendiendo o pasando sustancias ilícitas y que el 29% de ellos ha visto a alguno de ellos consumiendo drogas dentro de su institución educativa.

El cerebro del adolescente y su vulnerabilidad al abuso de sustancias

Los jóvenes reportan tasas más altas de abuso de alcohol y marihuana o trastornos de dependencia en comparación con los grupos de mayor edad. El hecho es que varias líneas de evidencia convergentes indican que la edad es un factor de riesgo asociado con el inicio del consumo de drogas durante la adolescencia y la adultez temprana. Específicamente, la exposición de los adolescentes a las drogas puede contribuir a un mayor riesgo de desarrollar déficits cognitivos, psicopatología o trastornos posteriores por uso de sustancias que pueden estar relacionados con los cambios estructurales y funcionales en el cerebro. El cerebro del adolescente sufre un cambio dinámico en la neuroquímica, la arquitectura de las fibras y la composición general de los tejidos.

Las vías de desarrollo de la adicción ciertamente involucran varios factores y procesos, incluida la neurobiología de la adicción, los factores ambientales, los genes y la comorbilidad; la maduración del cerebro durante la adolescencia puede promover la toma de riesgos y contribuir a la decisión de consumir drogas a una edad temprana.

La adolescencia es un período ontogenético importante que se caracteriza por comportamientos como una mayor búsqueda de novedades, impulsividad y preferencia por la recompensa, que pueden dar lugar a un mayor riesgo de consumo de sustancias; una de las relaciones importantes encontradas fue entre el tabaquismo adolescente y el empeoramiento del rendimiento de la atención en relación con los jóvenes no fumadores.

Aunque el desarrollo de los circuitos fronto-subcorticales es notable durante la adolescencia, la maduración asincrónica de los sistemas prefrontal y límbico puede hacer que los jóvenes sean más vulnerables a conductas de riesgo como el consumo de sustancias.

Consecuencias del consumo

El uso crónico de algunas drogas puede provocar cambios en el cerebro tanto a corto como a largo plazo, lo que puede provocar problemas de salud mental, como paranoia, depresión, ansiedad, agresión, alucinaciones y otros problemas. Las regiones del cerebro particularmente sensibles a la exposición de los adolescentes a las drogas son las que presentan procesos de desarrollo significativos durante este período, y esto conduce a perturbaciones a largo plazo en estas áreas. El uso de determinadas sustancias, incluso de forma extemporánea, puede provocar el desarrollo de posibles síntomas psicopatológicos que no siempre son reversibles, como es el caso de la psicosis inducida por cannabis.

Los problemas conductuales derivados del consumo excesivo de alcohol pueden surgir como consecuencia del volumen reducido de estructuras cerebrales importantes (p. Ej., Hipocampo), la calidad comprometida de la sustancia blanca y las anomalías en la activación durante las tareas cognitivas. El consumo de marihuana durante la adolescencia puede resultar en una disminución en el funcionamiento cognitivo, particularmente en las puntuaciones de aprendizaje y secuenciación.

Cambios estructurales y efectos

Los cambios estructurales en el cerebro del adolescente hacen que sea más difícil para las personas adictas experimentar placer en respuesta a recompensas naturales, como comida, sexo o interacciones sociales positivas, o manejar su estrés, controlar sus impulsos y tomar la decisión saludable de dejar de buscar drogas y usar.

Secuelas psiquiátricas

En los seres humanos, la experiencia del abuso de drogas durante la adolescencia está claramente asociada con un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos y adicción en la edad adulta.

Las sustancias psicoactivas nuevas y antiguas pueden determinar secuelas psiquiátricas a largo plazo principalmente en sujetos ya previamente comprometidos y vulnerables desde un punto de vista psicopatológico.

Efectos sobre la memoria y el aprendizaje

Los adolescentes que abusan de sustancias tienen disminuciones en la memoria, la atención y el procesamiento acelerado de la información y el funcionamiento ejecutivo, también desarrollan déficits en el funcionamiento ejecutivo, específicamente en la planificación futura, estrategias de razonamiento abstracto y generación de nuevas soluciones a problemas.

El uso de sustancias psicoactivas produce en los adolescentes déficit de atención, alteraciones en la flexibilidad conductual, aprendizaje y memoria. En los adolescentes, el efecto de las drogas los hace olvidar la soledad en que viven, la falta de cariño de los padres y familiares, además logran enmascarar el hambre que siente.

Por lo general, la escuela y las relaciones, especialmente las relaciones familiares, se encuentran entre las áreas de la vida que están más influenciadas por el uso y abuso de drogas; uno de los signos más reveladores del creciente compromiso de un adolescente que usa drogas es cuando el consumo de estas se convierte en parte de su vida diaria. La preocupación por las drogas puede obstaculizar actividades que antes eran importantes, y la forma en que los adolescentes se ven a sí mismos puede cambiar en direcciones poco realistas e imprecisas. Dado que el cerebro del adolescente todavía está experimentando cierto tipo de desarrollo, este sería un factor clave y predisponente para que exista una mayor susceptibilidad al desarrollo de conductas

relacionadas con el abuso o consumo de drogas; por lo antedicho se enuncia que la adolescencia en sí, es un factor de riesgo asociado al consumo de drogas en estas etapas, y que al ser expuestos en esta etapa de su vida a este tipo de sustancias, las consecuencias neurológicas serán mucho mayores que las de una persona adulta.

Se ha logrado demostrar que el uso de sustancias estupefacientes trae consecuencias neurológicas y psiquiátricas como disminución de la memoria, atención y procesamiento acelerado de la información, de la misma manera este grupo poblacional desarrolla déficits en el funcionamiento ejecutivo, específicamente en la planificación futura, estrategias de razonamiento abstracto y generación de nuevas soluciones a problemas.(38)

3.12. Daños cardiovasculares que produce el consumo de alcohol en adolescentes

El consumo de alcohol y de otras drogas supone una problemática relevante en la vida de los adolescentes. En esta etapa suceden varios cambios, de los cuales se destaca los psico-sociales, donde el joven está en busca de su propia “identidad” y de un espacio donde pueda constituir.

Significando un alto riesgo de fracaso en el entorno interfamiliar y social. Según estadísticas a nivel global, más de una cuarta parte de las personas de entre 15 y 19 años del mundo, lo que supone 155 millones de adolescentes, son consumidores actuales de alcohol. Consecuentemente el comportamiento de los adolescentes bajo efectos del alcohol dirige a cambios conductuales, mentales, de salud; que dirige a conflictos de intereses propios y ajenos.

Todas las drogas modifican la relación con la realidad del ser humano, el circuito placer recompensa está siempre presente en el cerebro y motiva a buscar experiencias placenteras y la recompensa del placer. Es decir, “pasarla bien”, “estar contento”, “experimentar lo placentero”.

Cuando el circuito placer-recompensa es rebajado por la ausencia de las drogas, el individuo siente no estar satisfecho. Todas las drogas estimulan al circuito placer-recompensa: sean éstas alcohol, marihuana, tabaco, etc.

El alcoholismo conlleva, tarde o temprano, a diferentes complicaciones, las que suelen ser crónicas y difíciles de tratar. Tal como un accidente cerebrovascular que es sucedáneo a distintas causas, pero enfocándolo a la causa del alcoholismo, el suceso tiende a ser agresivo dejando secuelas para toda la vida. Un adolescente con secuelas de un accidente cerebrovascular probablemente tendrá problemas del área cortical y/o medular; siendo las siguientes: trastorno del habla, del lenguaje, respuesta motora y área cognitiva. Las evidencias epidemiológicas muestran una compleja asociación entre el alcohol y las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y miocardiopatía).

Esta asociación está fuertemente vinculada a la cantidad y el patrón de consumo. Existe una relación hombre-mujer en el adulto en base al consumo de alcohol moderadamente tolerado, pero esto no se aplica al adolescente debido a los cambios que experimenta en su crecimiento. Por ninguna circunstancia debe ser alterado el sistema de crecimiento del joven adolescente por bebidas alcohólicas ni mucho menos por sustancias psicotrópicas. Se ha descrito que las horas después de la ingesta abundante de alcohol, aumenta el riesgo de un alza en la presión arterial, llevando a un accidente cerebrovascular (ACV o ECV), o más conocido como “derrame”.

Adolescentes que presenten enfermedades congénitas cardiovasculares y con abuso indiscriminado de alcohol poseen mayor probabilidad de sufrir a corto plazo afecciones que compliquen la evolución de su enfermedad. Provocando a posteriori la muerte. Como es el caso del Síndrome de Marfan, es un trastorno hereditario que afecta al corazón, vasos sanguíneos, ojos y esqueleto. Son aquellos individuos altos, delgados con extremidades y dedos alargados.

La patología posee distintas afecciones, entre las que se destaca complicaciones cardiovasculares, como: el aneurisma de la aorta, disección aórtica, malformaciones de las válvulas. El consumo agudo como crónico de altos volúmenes de alcohol se ha relacionado con mayor riesgo de arritmias cardíacas, especialmente fibrilación auricular, con cada bebida por encima de un “límite seguro” de 1 bebida estándar. Los jóvenes entre los 13 a 20 años de edad se encuentran desarrollando la etapa cognitiva, por lo que algún cambio drástico en esta etapa se vería afectado y progresa a un deterioro en la adquisición de conocimientos y procesos del pensamiento.

Manifestando conductas familiares inusuales, habiendo poco interés en las cosas cotidianas que antes prefería, bajo rendimiento escolar, asociación con grupos sociales de similar interés e incluso más notable cambios en su apariencia física.

El consumo excesivo de alcohol puede ocasionar presión arterial alta y aumenta el riesgo de padecer cardiomegalia, insuficiencia cardíaca o ataque cardíaco. Incluso un solo consumo excesivo de alcohol puede causar una arritmia cardíaca seria llamada fibrilación auricular.

La hipertensión se da por la siguiente manera, cuando el alcohol se acumula en el torrente sanguíneo comienza a interferir con la llegada de oxígeno y nutrientes al corazón. El cual produce latidos más fuertes (taquicardia) para suministrar suficiente sangre a los demás órganos.

Con solo un antecedente patológico de fibrilación auricular causada por la ingesta de alcohol, el corazón es sensible a padecer complicaciones cardíacas a largo plazo, sumando la inactividad física, la mala alimentación, y uso y abuso de tales bebidas.

Si bien es certero, el alcohol es absorbido en un 20% en el estómago y un 80% en el intestino delgado. La eliminación se da en su totalidad en cantidades proporcionadas en las secreciones como las heces, orina,

sudor, leche materna y en la espiración. El proceso de su metabolización se da en el hígado.

Por ende, las repercusiones en un bebedor excesivo pone en marcha alteraciones arterio-hepáticas, como el aumento de la frecuencia cardíaca. Provocando hepatopatías con exclusivas comorbilidades arteriosas. No obstante, el riñón también puede afectarse, incurriendo a la alza de presión renal. Los glomérulos renales una vez colapsados del exceso de los metabolitos tóxicos (formaldehído y ácido fórmico) cursa con un desequilibrio electrolítico provocando deshidratación en el individuo.

Glomérulo renal dañado, jamás se recupera, tal como pasa con las neuronas una vez afectadas severamente. A continuación se detalla los efectos que tiene el alcohol a nivel de la salud en general:

- Depresor del Sistema Nervioso Central (enlentecimiento motor, déficits cognitivos, efectos ansiolíticos).
- Efectos estimulantes (alza de la presión, frecuencia y ritmo cardíaco).
- Efectos en las capacidades cognitivas (pensamiento).
- Efectos sensoriales (audición, visión).
- Efectos motores (habla, destrezas motoras finas, lentitud de reacción, debilidad muscular).
- Vértigo, desequilibrio, náuseas, vómitos.
- Pérdida de la conciencia y coma.

Si el consumo de alcohol es acompañado de otras sustancias psicoactivas agravan los efectos antes mencionados. Las consecuencias del alcoholismo son más graves cuanto más frecuente es el consumo, tanto en adolescentes como en jóvenes adultos. Los efectos a corto plazo al beber demasiado difieren dependiendo del peso de la persona, otras condiciones físicas y si se consume en ayunas. Los efectos negativos de un mayor consumo de alcohol, son los siguientes:

- Hipertensión arterial.
- Disfunción endotelial.

- Estrés oxidativo.
- Aumento activación plaquetaria.
- Aumenta el PAI (principal inhibidor del activador tisular del plasminógeno), disminuyendo la fibrinólisis e incrementando la trombogénesis.

El alcohol interfiere en el funcionamiento correcto del cerebro, afectando al estado de ánimo, comportamiento y el pensamiento con juicio. A medida que envejece el cerebro, encoge 1.9% de media cada década, sin embargo el alcoholismo aumenta esa velocidad en ciertas regiones del cerebro. Resultando en pérdida de la memoria y otras afecciones, como la demencia. Produce depresión, ansiedad y ataques de pánico, estos son desordenes que reportan normalmente la gente dependiente del alcohol.

Se conoce desde hace tiempo que a menudo la depresión se da junto con el alcoholismo, aunque ha habido un debate sobre cuál de ellas sucede primero; beber o la depresión. Entre otros efectos del alcohol está la psicosis, que es secundaria a otras condiciones provocadas por el alcohol. Se ha demostrado que el uso de alcohol provoca un incremento del 800% de contraer desórdenes psicóticos en hombres y del 300% en mujeres que no han tenido otras enfermedades mentales. El uso crónico del alcohol puede llevar al insomnio y a otras alteraciones del sueño.

Beber mucho puede provocar la disminución de oxígeno que llevan los glóbulos rojos; condición calificada como anemia. Donde el individuo se siente con fatiga, problemas de respiración o dolores de cabeza. En todo el mundo, 44,8% del total de alcohol registrado se consume en forma de licores y aguardientes (también conocidos como bebidas espirituosas o bebidas blancas). Sin registro sanitario, la bebida alcohólica se vuelve más nociva para el consumo humano, mucho más para el joven adolescente, dado que no hay porcentaje de alcohol etílico se controle ni fecha de caducidad estimada. El origen del brebaje es sospechoso y hasta perjudicial instantáneamente.

Las bebidas blancas son hechas artesanalmente, incluso por los mismos consumidores. Lo que más se conoce del Ecuador, en productos alcohólicos son las “aguasardientes” o “tragos” conocido coloquialmente por el ecuatoriano.

Se describe a continuación los distintos tragos de origen Manaba:

- La Caña Manabita.
- El Canelazo.
- El Currincho.
- El Guarapo.
- La Chicha

Las siguientes bebidas alcohólicas antes descritas son las que pertenecen y se realizan en la región ecuatoriana, donde jóvenes y adultos de diferentes partes del mundo participan de ello, en festividades y reuniones sociales. Cabe mencionar que el precio de las “aguasardientes” es más económico que el alcohol importado, sea vino o de otra clase de bebida alcohólica. Por lo que el acceso a las mismas es más factible. En la gran mayoría de las plataformas virtuales facilitan la realización de las mismas a manera de ejemplo, es totalmente visible a todo público sin restricciones de edad.

El cual abre más el abanico problemático a la sociedad que contiene con dichas prácticas para la generación futura. Se ha visto en controversia el consumo moderado de alcohol en adultos, debido a que se presenta una dosis máxima diaria de 2 vasos en el hombre y 1 vaso en la mujer para prevenir enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, aún no se tiene una explicación detallada, sino que lo mencionan empíricamente. Ya que el efecto que tiene el alcohol a nivel periférico es de dilatar vasos sanguíneos habiendo una mayor oxigenación a los tejidos.

Prevención

La prevención del consumo de alcohol y drogas es un importante ámbito de trabajo en materia de salud pública, labor que puede pasar por estrategias e intervenciones dirigidas a la población y actividades en la escuela, la comunidad, la familia o a nivel individual. Entre las principales fórmulas para reducir el consumo de alcohol en la adolescencia están el establecimiento de una edad mínima para comprar y consumir alcohol y la eliminación de la mercadotecnia y la publicidad dirigida a los menores. Para poder ayudar al adolescente vulnerable por ingesta de alcohol, los padres o representantes del mismo deben poner su propio ejemplo, la comunicación abierta es de vital importancia, dedicar tiempo para tratar el tema sin tabúes sino más bien procurando una pronta solución. A más de la conversación acerca del tema, es fundamental saber el objetivo y propósito que tiene, tener convicción de poder ayudar sin remordimientos. Es decir, que el joven contemple el apoyo familiar y social que necesita.

Una vez efectuada la relación de mutua ayuda, es necesario asistir al médico debido a las repercusiones que posee el beber alcohol. El personal médico sabrá tratar el problema en base al interrogatorio y a exámenes de laboratorio que determinen el porcentaje de ingesta de alcohol y la identificación de la sustancia. Teniendo en cuenta que a estas edades es posible restaurar la rigidez arterial normal si se cesa el consumo, es importante tratar de hacer entender a los adolescentes cuanto antes que ser joven no le hace a uno inmune a la enfermedad cardiovascular.

Las leyes ecuatorianas y fundaciones ofrecen buenas prácticas en la prevención del alcoholismo en el adolescente. Estas entidades tanto públicas o privadas suponen estrategias muy adecuadas según la vulnerabilidad del individuo joven. Los representantes del menor de edad o del todavía adolescente, influenciará con valores, normas y límites claros acordes a la edad. Ya que el adolescente requiere saber lo que está bien y lo que no está bien. El hacer un acontecimiento negocia-

ble no ayuda en todas sus formas, antes bien perjudica, y se forma un ambiente de oferta y demanda; donde se perderá el objetivo principal. Generalmente el adolescente no en su mayoría pero sí en los grupos más vulnerables, no poseen el sentido de “riesgo” por tanto se les dificulta identificar el daño que produce el alcohol.

Movido por un vaivén de emociones propias de la edad, es inconsciente de quizás muchos de sus actos. Es por ello que hablar coherente y claramente sobre los efectos nocivos que tienen las drogas (el alcohol) es de vital para el bien de su salud.

Queda completamente demostrado que el consumo de drogas, sean éstas bebidas alcohólicas y tabaco a temprana edad, aquellos poseen más riesgo de sufrir efectos nocivos en su salud especialmente a nivel cardiovascular. Ya que sucede una serie de cambios morfofisiológicos en pleno desarrollo y crecimiento del adolescente, el joven endeble al alcohol acarreará diversas eventualidades que lo llevará a enfermar y a deteriorarse intrínseca y extrínsecamente. Existen medidas cautelares centradas en la prevención y cuidado del adolescente alcohólico por parte de entidades nacionales ecuatorianas (públicas y privadas, a disposición libre y absoluta), asegurando el retorno de un joven con visión y misión hacia su porvenir. El apoyo familiar posee un valor considerable a la hora de hacer frente ante esta adversidad.

Mencionarle al joven que el alcohol no hace a una persona “más importante” o “más divertida”, enseñarle la importancia del ocio saludable que haga progresar sus destrezas y habilidades, animarlo a conocer amistades con las mismas convicciones en función de su buen desempeño.

Todas aquellas son acciones positivas que previenen a un adolescente adicto alcohólico y futuro paciente con comorbilidades cardiometabólicas. El adolescente bien informado tendrá a la orden las herramientas necesarias para combatir el consumo de alcohol, indistintamente como llegó ser lábil ante la situación.

Cabe recalcar que la familia es un gran soporte, basados en valores y actitudes responsables, el buen ejemplo es lo mejor para los hijos. El ocio que influyen los grupos sociales en los adolescentes es muy grande e insaciable, dado sus fines de diversión y socialización. Es por ello que es de sumo interés enseñarles a decir NO pese a la presión que ejercen. La autoconfianza, el amor propio y el valorarse a sí mismo traerán consecuencias positivas en su vida.

Los efectos positivos serán muy notorios desde su apariencia física, en el comportamiento, y en su salud interna. No obstante, la lucha no ha cesado una vez alcanzado su objetivo. Mientras pase el tiempo, habrá mayor responsabilidad cual ayer no hubo, y esto es debido a la influencia de amistades y roces que haya ha de tener a futuro en los establecimientos de educación que se forme, sumando la edad del joven, donde podrá haber otros intereses. Todo interés es bueno si se ajusta a su realidad y sea productivo para su instrucción en general. Dejar buenos cimientos y fomentar una excelente relación familiar bastará para poner fin de una vez por todas al caos que una vez surgió. (39)

3.13. Daños neurológicos causados en adolescentes por el consumo de cocaína en la población ecuatoriana

La cocaína es el principal alcaloide obtenido de las hojas del arbusto *Erithroxylon Coca*, originario de América del Sur y utilizado desde la antigüedad con fines mágico-religiosos, médicos y estimulantes por poblaciones indígenas, siendo una sustancia psicoactiva que funciona como un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro.

Los científicos han descubierto regiones del cerebro que se excitan por todo tipo de estímulos gratificantes, tales como la comida, el sexo y muchas de las drogas de abuso. Uno de los sistemas neuronales que parece ser más afectado por la cocaína se origina en una región del cerebro medio llamada el área ventral del tegmento (AVT). Las fibras

nerviosas originadas en el AVT se extienden a la región del cerebro conocida como núcleo accumbens, una de las áreas clave del cerebro involucrada en la gratificación. En el proceso normal de comunicación, una neurona libera dopamina en la sinapsis, allí la dopamina se une a proteínas especializadas en la neurona adyacente, enviando así una señal a la misma. Una vez enviada la señal, la dopamina es eliminada de la sinapsis y es reciclada para volver a usarse en el futuro. La cocaína interfiere con este proceso ya que actúa bloqueando la eliminación de la dopamina de la sinapsis, lo que resulta en una acumulación de dopamina y una amplificación de la señal a las neuronas receptoras.

Aspectos toxicológicos

El bazuco o base de coca es una sustancia insoluble en agua, pero soluble en lípidos y solventes orgánicos. Su composición química depende de las impurezas que lo acompañan, que son agregadas en el proceso de preparación. Tiene como vía de penetración principal la inhalatoria en forma fumada, pero no se administra de forma aspirada, ya que su absorción es muy escasa por no ser hidrosoluble. La vía parenteral tampoco es una vía de administración difundida, en razón de los inconvenientes para una absorción óptima, por los productos y sustancias que lo componen y que se adicionan en su preparación. La cocaína es bien absorbida por la mayoría de las vías de administración. Las sales de cocaína son muy difusibles en agua y termolábiles; la hidrosolubilidad de las sales de cocaína permite que sean fácilmente absorbibles por las mucosas nasales, pero no permite que sean fumadas, una línea típica de cocaína para aspiración nasal contiene entre 20-30 mg. Las sales de cocaína también pueden ser absorbidas por vía parenteral.

Una vez absorbida la cocaína pasa rápidamente a la sangre y se distribuye por todo el organismo, teniendo especial afinidad por el cerebro. También atraviesa la barrera hematoencefálica y la barrera feto placentaria debido a su alta liposolubilidad. La cocaína tiene un volumen de distribución de 2 l/kg.

Efectos secundarios

Euforia: Se caracteriza por intenso placer, acompañado de labilidad afectiva, hipervigilia, anorexia, insomnio e hipersexualidad.

Disforia: Se presenta angustia intensa, melancolía, tristeza, en algunas personas se observa apatía, agresividad, continua anorexia e insomnio y a partir de este estado hasta el último hay indiferencia sexual.

Alucinosis: Esta tercera fase puede surgir sola o ser continuidad de las otras; se caracteriza por alucinación visual, táctil, auditiva y olfatoria, con interpretaciones delirantes en muchos casos de tipo paranoia. Esta fase es transitoria, dura 2-3 días; desaparece gradualmente al dejar de fumar o al usar antipsicóticos.

Psicosis: Existe una intensa agitación psicomotora con hipervigilia e ideas de muerte, daño o persecución y alucinaciones; en relación con el anterior estado este es más definido y prolongado, puede durar semanas o meses y responde bien a los neurolepticos.

Leuco encefalopatía: Es el daño progresivo o la inflamación de la sustancia blanca del cerebro, la sustancia blanca es aquella parte del sistema nervioso encargada de la correcta transmisión de la información cerebral. Se puede considerar que coordina la comunicación entre los diferentes sistemas del cuerpo humano, tanto dentro como fuera del cerebro.

Daños por el consumo

Las principales complicaciones cerebrales derivadas del abuso de cocaína son vasculares, principalmente la hemorragia subaracnoidea y la hemorragia intraparenquimatosa; los eventos hemorrágicos son, en conjunto, el doble de frecuentes que los infartos isquémicos, no obstante, la forma de la droga y la vía de absorción influyen en el tipo de evento adverso.

Infartos isquémicos: Afectan con frecuencia a los territorios de las arterias cerebrales media y posterior, a los territorios frontera, a la cápsula interna y al hipocampo, sin que exista un patrón de afectación específico.

Infarto mesencefálico: Se asocia con el uso simultáneo de cocaína y anfetaminas. Al no presentar una distribución característica, adquieren especial relevancia los hallazgos concomitantes, como la perforación del tabique nasal, la aterosclerosis acelerada en personas jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular y el vaso espasmo generalizado.

Efectos Intracerebrales: El efecto más acentuado y constante es la presencia de vasoconstricción secundaria a vaso espasmo, que necesariamente produce infartos cerebrales, inicialmente en el territorio correspondiente a los vasos pequeños distales, pero pueden comprometer los territorios de los grandes vasos. En todo paciente joven con infarto cerebral es necesario descartar uso de cocaína.

Intoxicación aguda: En el consumo de cocaína está absolutamente comprobado que, desde el primer momento, sobre todo en caso de intoxicación marcada, se presenta una notable disminución del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo de la glucosa, principalmente a nivel de los lóbulos frontales y temporales, y un compromiso del sistema dopaminérgico.

Intoxicación crónica (uso prolongado de cocaína): La franca disminución de flujo sanguíneo cerebral se hace más marcada, y ya no sólo se observa en los lóbulos frontales y temporales sino también en los parietales y en la región ganglio basal. Los estudios metabólicos muestran una franca disminución del contenido de glucosa en las áreas precen-trales de los lóbulos frontales y en todo el sistema límbico.

Consumo en el Ecuador

Ecuador se posiciona como el cuarto consumidor de la región en estudiantes universitarios, con una prevalencia del 1,6%, después de Uruguay (3,3%), Brasil (3%) y Colombia (2,7%). La CONSEP (Secretaría Técnica de Drogas), en un estudio da a conocer que la edad promedio en la que los menores consumen algún tipo de sustancias psicoactivas es de 14 a 15 años con un porcentaje del 33.4%, de 12 a 13 años el 31.3% 16 a 17 años el 29.1% y, más de 17 años, el 5.8%.

El 14,1% de los estudiantes universitarios ecuatorianos declara haber usado alguna droga ilícita o lícita de uso indebido alguna vez en la vida. El 5,4% ha usado alguna droga ilícita recientemente (en el último año). Las sustancias más consumidas son la marihuana, con 4,4%, seguido de algún tipo de cocaína (clorhidrato, pasta base o crack) con 0,71% y en tercer lugar los inhalables con 0,69%, seguida por algún tipo de droga sintética con 0,36%, principalmente éxtasis y anfetaminas. El uso de cocaína alguna vez en la vida es declarado por 2,1% de los entrevistados, con prevalencia vida de 3,7% entre los hombres y 0,7% entre las mujeres, es decir, en una relación por sexo de cinco a uno. La prevalencia de último año es de 0,6% (1,2% en hombres y 0,04% en mujeres), y la de último mes de 0,3% (0,6% en hombres y 0,03% en mujeres). La edad promedio de primer uso es de 19,5 años, la mediana de 20 años y el percentil 75 es de 22 años. En otras palabras, el 75% de los que han consumido cocaína lo hicieron por primera vez a los 22 años o antes. La percepción de gran riesgo del uso experimental de cocaína es de 57,1%, con cifras mayores en mujeres (58,7%) que en hombres (55,4%). La percepción de gran riesgo aumenta frente al uso frecuente de la droga, llegando a 84,6% (85,9% en hombres y 83,3% en mujeres). (40)

3.14. Daños que produce el consumo de alcohol a nivel hepático en los adolescentes

El alcohol es la droga más consumida a nivel mundial por la población adolescentes ya que es una droga legal y ante los adolescentes no

representan problema alguno todo esto conlleva a factores sociales como son la enorme tolerancia a dicha droga y/o aceptación social respecto a su consumo y en consecuencia su fácil accesibilidad así también influyen los factores individuales ya que el consumo del alcohol según los adolescentes les permite ser más sociables y por lo tanto la asociación entre el consumo del alcohol y la diversión tienden a establecerse como referente cultural para muchos de los adolescentes.

El consumo de alcohol es un problema a nivel mundial por la aceptación del consumo es algo ya cotidiano ya que los adolescentes consumen sin medida y sin pensar las consecuencias que conlleva y tendrán en un futuro esto se a hechos presente a nivel mundial y se ha considerado un problema prioritario de la salud pública de la pre adolescencia y adolescencia y por ello es necesario desarrollar estudios sobre los factores predictores de dicho consumo y también es necesario conocer y desarrollar los agentes disuasorios de instauración de dicho habito nocivo

Definitivamente, el consumo de alcohol en adolescentes ocupa el séptimo lugar como principal factor de riesgo de causa de muerte y además es origen de enfermedades graves como cirrosis hepática, Enfermedades cardiovasculares, cáncer, anemia, pérdida de memoria.

Efectos inmediatos del alcohol en exceso

Dependiendo de la cantidad ingerida, del grado alcohólico de la bebida y de la condición física del individuo, los efectos inmediatos del alcohol en el organismo pueden ser:

- Somnolencia
- Dificultad para hablar
- Náuseas y vómitos
- Diarrea, acidez y ardor en el estómago
- Dolor de cabeza, dificultad para respirar
- Visión y audición alteradas
- Alteración en la capacidad de raciocinio

- Falta de atención, alteración en la precepción y coordinación motora
- recordarse de lo que ocurrió mientras estaba bajo la influencia del alcohol
- Pérdida de los reflejos.

Daños a nivel corporal

El alcohol es un depresor. Esto significa que hace más lento el funcionamiento del sistema nervioso central, en realidad el alcohol bloquea algunos de los mensajes que intentan llegar al cerebro, esto altera las percepciones, las emociones, los movimientos, la vista y el oído de una persona, el alcohol puede ayudar a una persona a sentirse más relajada o menos ansiosa. Más alcohol provoca mayores cambios en el cerebro y causa una intoxicación.

En una intoxicación grave por alcohol, el cuerpo está intoxicado o “envenenado” por grandes cantidades de alcohol. Por lo general, el primer síntoma de la intoxicación grave por alcohol son los vómitos violentos. Esta intoxicación puede provocar mucha somnolencia, desmayos, dificultad para respirar, niveles de azúcar en sangre peligrosamente bajos e, incluso, la muerte.

¿Por qué beben los adolescentes?

La experimentación con el alcohol durante la adolescencia es común. Algunos de los motivos por los cuales los adolescentes consumen alcohol y otras drogas son los siguientes: curiosidad, para sentirse bien, reducir el estrés y relajarse, para encajar, para sentirse más grandes.

Tratamiento para evitar el consumo de alcohol

En algunos estados, el tratamiento es absolutamente confidencial. Después de evaluar el problema de un adolescente, es posible que el terapeuta recomiende una breve estadía en un centro de rehabilitación o un tratamiento ambulatorio. Estos centros de tratamiento ayudan a las personas a superar gradualmente la dependencia física y psicológica

del alcohol, las personas que tienen problemas con el alcohol no pueden dejar de beber hasta que están preparadas para admitir que tienen un problema y buscar ayuda. Esto puede hacer que los integrantes de la familia y los seres queridos se sientan inútiles. La buena noticia es que hay muchos lugares a los que puedes acudir en busca de ayuda: un adulto comprensivo, como un terapeuta o consejero.

La mayoría de las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden encontrar ayuda con alguna forma de tratamiento, incluyen medicamentos y terapias conductuales muchas personas obtienen un mejor resultado recibiendo ambos tratamientos. Las personas que reciben tratamiento por trastorno por consumo de alcohol también pueden beneficiarse al asistir a un grupo de apoyo como Alcohólicos Anónimos (AA). Si usted tiene el trastorno y una enfermedad mental, es importante conseguir tratamiento para ambos.

¿Qué terapias conductuales pueden tratar el trastorno por consumo de alcohol?

Se trata de trabajar con un profesional de la salud para identificar y ayudar a cambiar los comportamientos que conducen a su consumo excesivo de alcohol.

- La terapia cognitivo-conductual ayuda a identificar los sentimientos y situaciones que pueden conducir a un consumo excesivo de alcohol. Enseña habilidades para enfrentarlo, incluyendo cómo manejar el estrés y cómo cambiar los pensamientos que le llevan a querer beber. Usted puede recibir la terapia uno-a-uno con un terapeuta o en grupos pequeños
- La terapia de mejora motivacional (o terapia de estímulo de la motivación) ayuda a construir y fortalecer la motivación para cambiar su hábito de beber. Incluye alrededor de cuatro sesiones en un corto período de tiempo. La terapia comienza con la identificación de los pros y los contras de buscar tratamiento. Luego, usted y su terapeuta trabajan en la creación de un plan para cambiar su hábito. Las próximas sesiones se centran en

aumentar su confianza y desarrollar las habilidades que necesita para poder cumplir con el plan

- La consejería matrimonial y familiar incluye a los cónyuges y otros miembros de la familia. Puede ayudar a reparar y mejorar sus relaciones familiares. Los estudios demuestran que un apoyo familiar fuerte a través de esta terapia puede ayudarle a mantenerse lejos del alcohol
- Las intervenciones breves son sesiones de consejería cortas, individuales o en grupos pequeños. Incluyen entre una a cuatro sesiones. El consejero le entrega información sobre su patrón de consumo y riesgos potenciales. El consejero trabaja con usted para establecer metas y proporcionar ideas que pueden ayudarle a hacer un cambio.

El consumo de alcohol afecta a nivel hepático en los adolescentes como además causa también muchas enfermedades provocadas por el consumo de alcohol induciendo también un distanciamiento tanto social como familiar dentro de su entorno llevándole esto a convertirse en una persona alcohólica que se encontrara envuelta en un estado de abandono, desesperación e incluso adquiriendo dichas enfermedades causadas por el consumo excesivo de alcohol excitándole muchas veces a un suicidio.

El consumo de alcohol en los adolescentes causa daños y enfermedades hepáticas en que los jóvenes están muy propensos desde muy temprana edad sea por curiosidad o por querer pertenecer a un círculo social, provocando una manifestaciones tanto físicas y mentales. Es importante destacar que el tratamiento ayudara al paciente a dejar de consumir el alcohol poco a poco y mejorara sus condiciones de vida.

(41)

3.15. Daños que se producen a nivel neurológico por el consumo de drogas en mujeres embarazadas

El uso y consumo de drogas ha tenido gran transcendencia con el paso de los años, el cual diversos autores convergen y discrepan su definición, complicaciones, entre otros. Tal es el caso que afirman que el consumo de drogas en la etapa gestacional se la define como efectos generados por cualquier sustancia que tenga en su composición uno o más elementos nocivos, y en este caso que pueden generar complicaciones materno-fetales.

Al analizar la recolección de información que es extraída de mujeres de 18 a 24 años de edad que tuvieron su primer hijo durante la adolescencia se determinó que los principales aspectos que influyen en estas etapas corresponde a la falta de apoyo y asesoría familiar, déficit ingresos económico en la familia, problemas biopsicosociales como son el abuso de consumo del alcohol, tabaco y drogas que afectan o inhiben la toma de decisiones, que son consideradas como factores predominantes en el embarazo adolescente.

Por otra parte, en una investigación realizada en el Hospital de Especialidades Ginecobstetricias de Barcelona la definen como “el consumo de sustancias psicoactivas que inhiben el sistema nervioso central y generando daños colaterales que en su mayoría son irreversibles, tanto como en la madre y el niño”. En relación a los criterios ante expuestos se acotar que el consumo de drogas en el periodo de la gestación comprende diversos aspectos, en el cual repercute directamente al producto mediante complicaciones.

A su vez, las complicaciones asociadas parten de dos grandes temas, es decir, del aspecto psicológico y los daños neurológicos que van de la mano con repercusiones en su crecimiento y desarrollo.

Principalmente los adolescentes en primera instancia generan repercusiones en su estado mental por la dependencia que genera, afec-

tando directamente en su estado nutricional y del producto, lo cual se ha podido evidenciar que el peso al nacer de sus niños es inferior al de una gestante saludable, en otros casos pueden presentar síndrome de abstinencia desde el momento en el que nacen, malformaciones, o el periodo expulsivo de la embarazada es prematuro.

Aspectos toxicológicos y repercusiones en el estado de salud de la madre y el niño

Los aspectos toxicológicos que generan las sustancias psicoactivas dependen de la droga consumida, vía utilizada, dosis y duración del mismo; estas sustancias ingresan al organismo de la embarazada y atraviesan la placenta por difusión pasiva, ejerciendo de esta forma la toxicidad en el feto. En la actualidad se ha podido determinar los efectos del binomio materno-fetal que genera el consumo de drogas por medio de ensayos experimentales en animales y reportes de casos clínicos con un número determinado de pacientes, por otra parte, existen otros factores que inciden en los efectos que puede generar, entre ellos, la edad de la gestante, estado nutricional, enfermedades infecciosas, déficit de controles obstétricos y exposición a contaminantes ambientales.

Trastornos del neurodesarrollo

Hasta la actualidad se han desarrollado diversos estudios y se ha reportado mediante casos clínicos los efectos de la cocaína en el aspecto neurológico de lactantes y niños y se ha identificado que el inicio de las complicaciones se presenta desde su crecimiento, además también se ha realizado el acompañamiento hasta la primera década de vida y se revelaron alteraciones en el neurodesarrollo, déficit cognitivo, trastorno de lenguaje y trastornos de desarrollo y crecimiento.

Efecto del consumo de drogas

El consumo de drogas en el embarazo afecta directamente a los recién nacidos lo cual diversos estudios indican que en mayor frecuencia suelen presentar inestabilidad autonómica y convulsiones, también hacen

referencia al síndrome de abstinencia neonatal cuando las madres son consumidoras de cocaína. Entre otros problemas que se pueden asociar se pueden mencionar a la irritabilidad, dificultad de succión y la carencia de nutrientes en su alimentación, en su estudio señalan que los hijos de madres consumidoras presentan otros problemas conforme el paso del tiempo, entre estos, las alteraciones en el neurodesarrollo, tales como déficits cognitivos, trastornos en su aprendizaje y lenguajes y los anteriormente señalados relacionados con el crecimiento y desarrollo.

En el mundo alrededor de 20.000 niñas dan a luz todos los días, aumentando la posibilidad de acceder a oportunidades educativas, además anualmente 70.000 embarazadas adolescentes fallecen por complicaciones del embarazo y del parto. El consumo de drogas es uno de los problemas sociales con mayor transcendencia en la humanidad, en los últimos años se ha convertido en un tema de preocupación para los organismos y autoridades nacionales e internacionales por las repercusiones en el estado de salud de las personas, en las gestantes se la define como el uso de sustancias psicoactivas que inhiben el sistema nervioso central y generando daños colaterales que en su mayoría son irreversibles.

Las complicaciones asociadas parten del aspecto psicológico y los daños neurológicos, generalmente presentan dependencia, afectando directamente en su estado nutricional y del producto, y se ha evidenciado que el peso al nacer de sus niños es inferior al de una gestante saludable, en otros casos pueden presentar aborto espontáneo, parto prematuro, estado hipertensivo del embarazo, cuadros psiquiátricos agudos, malformaciones congénitas, sufrimiento fetal agudo, muerte fetal intrauterina, y trastornos de crecimiento y desarrollo.

Se determinó que los principales factores que inciden el uso de sustancias en adolescentes embarazadas son la falta de conocimiento sobre los efectos producidos por las drogas en la salud materno-fetal, de

forma general este grupo etario considera que el efecto de las drogas los hace olvidar la soledad en que viven, la falta de afecto de sus familiares, además consideran que logran enmascarar el hambre que sienten, también se enfatiza que el fácil acceso a las drogas parece contribuir a este problema.

Además, actualmente datos estadísticos en relación al consumo de drogas durante el embarazo son limitados, pero se conoce que en el Ecuador el 20% de adolescentes obtienen su primer embarazo a temprana edad. A su vez se identificaron 2 tipos de casos entorno a la problemática, en el medio existen drogas aceptadas como el consumo de alcohol y tabaco, y las drogas no aceptadas e ilegales como en el caso de la cocaína, marihuana, entre otros, que generan el mismo grado de complicaciones en ambos casos.

Los profesionales de enfermería pueden aportar a la prevención del uso de sustancias en adolescentes embarazadas mediante la educación sobre los efectos que puede causar en la madre y en neonatos. Se la necesidad de que haya más estudios de la relación entre adolescentes, embarazo y consumo problemático de sustancias para ahondar en su prevención y mejor tratamiento. (42)

3.16. El desempleo como factor de riesgo para el consumo de alcohol en las comunidades vulnerables

El aumento en el desempleo y la disminución de oportunidades causadas por la pandemia pueden afectar de manera desproporcionada a las personas en mayor situación de pobreza, volviéndolas más vulnerables al consumo de drogas, así como al tráfico y cultivo para ganar dinero, señala el Informe. “Los grupos marginados y en situación de vulnerabilidad, jóvenes, mujeres y personas en situación de pobreza pagan el precio por el problema global de las drogas.

La crisis por el COVID-19 y la recesión económica amenazan con agravar aún más los efectos de las drogas en un momento en que nuestros sistemas sanitarios han sido llevados al límite y nuestras sociedades

están luchando para hacer frente a esto”. En la actualidad, la forma social del empleo actual y la nueva organización del trabajo se caracterizan por la incertidumbre en contratación, la desindustrialización, el aumento del desempleo, la precariedad, la flexibilidad y el incremento de la informalización laboral, así la precariedad laboral, o aún más la falta de un empleo, no sólo merma el acceso a las diversas fuentes de obtención de recursos, sino que genera una serie de aspectos negativos sobre el bienestar psicológico de las personas que lo sufren. Estar sin empleo se convierte en un obstáculo que dificulta el potencial desarrollo de los individuos.

El aumento del desempleo por el coronavirus ha causado una profunda conmoción en la economía y sociedad. Ha puesto de manifiesto las desigualdades estructurales en todos los ámbitos, ya sea el económico, el sanitario, la seguridad y la protección social. El desempleo es uno de los indicadores más resaltantes a nivel mundial, llevando consigo una afectación directa al entorno familiar. El desempleo genera enfermedades sujetas al estado mental, generando trastornos como la ansiedad, el estrés y depresión, moldeando la conducta de los individuos y que llega a afectar directamente en el entorno familiar. La pandemia ha provocado el retroceso de 10 años en el índice de pobreza, una caída del 9% en el crecimiento económico y un suceso alarmante tras presenciarse una mayor tasa de pobreza que de empleo con una diferencia de 1,6%; agudizando la precariedad de la vida económica de las personas más vulnerables.

El desempleo en poblaciones vulnerables puede generar tensiones pudiendo afectar la parte emocional en este grupo de personas, las cuales se encuentran de por sí ya afectados por el impacto económico que ha provocado la pandemia de la covid-19. Las presiones económicas a que son sometidas las personas que han perdido su empleo pueden convertirse en factores de riesgos para desarrollar adicciones a sustancias entre ellas el consumo de alcohol como una mediada de escape para mitigar sus preocupaciones e incertidumbres..

El aumento en el desempleo y la disminución de oportunidades causadas por la pandemia pueden afectar de manera desproporcionada a las personas en mayor situación de pobreza, volviéndolas más vulnerables al consumo de drogas, así como al tráfico y cultivo para ganar dinero. La forma social del empleo actual y la nueva organización del trabajo se caracterizan por la incertidumbre en contratación, la desindustrialización, el aumento del desempleo, la precariedad, la flexibilidad y el incremento de la informalización laboral, así la precariedad laboral, o aún más la falta de un empleo, no sólo merma el acceso a las diversas fuentes de obtención de recursos, sino que genera una serie de aspectos negativos sobre el bienestar psicológico de las personas que lo sufren. Como causas se consideran a las políticas gubernamentales, la legislación sobre el salario mínimo, el poder de mercado de los sindicatos, el introducir nuevas tecnologías para remplazar los puestos de trabajo de los trabajadores, generalmente porque representan menores costos y ganancias de productividad, debido a la formación insuficiente o inadecuada de la población económicamente activa.

El consumo de alcohol tiene una elevada prevalencia en la sociedad en general, y también entre la población trabajadora, repercutiendo sobre el medio laboral. El consumo excesivo de alcohol es un problema de salud pública, según la OMS anualmente mueren 2,5 millones de personas por esta causa, el sector laboral no escapa a esta situación, creando la necesidad detectar precozmente el consumo de alcohol en los trabajadores. Se demuestra que las personas que se encuentran en una situación de pobreza, no culminaron sus estudios secundarios o superiores y están desempleados tienen, en promedio, una mayor probabilidad de caer en el consumo excesivo de alcohol. Los hallazgos confirman que los factores que determinan un bajo nivel socioeconómico vulneran a los individuos a ser consumidores excesivos de alcohol. Además del factor económico, un individuo es más propenso consumir alcohol en exceso cuando es hombre, soltero, mayor de 65 años y habita en la zona urbana. Atender el consumo excesivo de alcohol como un problema de salud pública debe plantearse como ejes de atención

aquellos determinantes fundamentales para tener una atención efectiva y que está estrechamente vinculada con los niveles socioeconómicos bajos.(43)

3.17. La depresión en los adolescentes como factor de riesgo para el consumo de psicoactivos

Características de la depresión en los adolescentes

La depresión es un trastorno episódico y recurrente, caracterizado por tristeza o infelicidad persistente y generalizada, pérdida de disfrute de las actividades cotidianas, irritabilidad, y síntomas asociados, tales como pensamientos negativos, falta de energía, dificultad para concentrarse, y alteraciones del apetito y el sueño. Las manifestaciones pueden variar dependiendo de la edad, el género, y antecedentes educacionales y culturales. Los diferentes subtipos de la depresión se identifican en base a la gravedad de los síntomas, el grado de generalización, el deterioro funcional, o la presencia o ausencia de episodios maníacos o fenómenos psicóticos.

La depresión en la juventud pareciera ser el resultado de complejas interacciones entre vulnerabilidades biológicas e influencias ambientales. la mayoría de los adolescentes deprimidos experimentan pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo o el futuro, que parecen surgir espontáneamente (pensamientos automáticos), y que contribuyen a un estilo cognitivo negativo, la presencia de eventos estresantes en la vida, especialmente las pérdidas, pueden incrementar el riesgo de depresión. La falta de cuidados parentales y el rechazo también pueden ser relevantes.

Tradicionalmente, la depresión se ha abordado desde la teoría cognitiva, donde se ha establecido una relación entre el estilo cognitivo negativo y los síntomas depresivos, sin embargo, resultados longitudinales de investigación en adolescentes demuestran que el estilo cognitivo negativo y los síntomas de depresión no son significativos cuando no

se consideran sucesos de vida estresantes. Los sucesos de vida son fuertes predictores de la depresión y son más frecuentes en poblaciones de nivel socioeconómico bajo. La relación entre sucesos de vida tanto en el ámbito familiar, social y escolar que viven el adolescente. Existen diversos factores que pueden hacer susceptible al adolescente de padecer este trastorno mental, pero los estudios destacan que la aceptación del grupo de pertenencia y la buena opinión por parte de los compañeros representan un factor esencial en la vida del adolescente. Desde este punto de vista, la necesidad de pertenencia a un grupo, la falta de oportunidades o el rechazo pueden constituir una experiencia frustrante para el joven.

Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes

En la actualidad es común observar en el aula escolar adolescentes con síntomas de depresión ocasionados por múltiples problemas emocionales, familiares, ambientales y sociales que muchas veces desencadenan comportamientos de escape como son el consumo de sustancias psicoactivas, convirtiéndolos en el tercer grupo con mayor prevalencia de ingesta de sustancias ilícitas a nivel nacional y distrital. Entre las variables que influyen en la toma de decisiones por parte de los adolescentes frente al consumo de sustancias psicoactivas está la situación familiar que es un punto neurálgico en el desarrollo de habilidades sociales, ya que la poca o nula atención por parte de los padres se ha convertido en un factor predictor de consumo.

Para determinar si la sintomatología de ansiedad, y depresión se asocia a las variables de género, edad, y nivel de riesgo asociado al consumo de alcohol y tabaco. Se realizó una El consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, tabaco cocaína éxtasis, sustancias inhalantes y otros) constituye un serio problema de salud pública que afecta con mayor frecuencia al adolescente quien por su etapa de cambio, proceso de crecimiento, desarrollo biológico-psicológico es más vulnerable, los problemas familiares como ausencia del padre o madre en el hogar, abuso de alcohol en uno de los padres disfunción familiar, baja

autoestima, pueden ser factores de riesgo que contribuyan al uso y abuso de sustancias psicoactivas. El vivir en un ambiente de violencia intrafamiliar, aun así, la familia este conformada o no por todos los integrantes de la familia son también un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

Factores de riesgo consumo de psicoactivos en adolescentes

La familia juega un papel primordial en los adolescentes y en la prevención frente al consumo de Sustancias psicoactiva; modificando acciones que lleven al conocimiento de los hijos, actividades que realizan, lugares que frecuentan y amigos con los cuales se relacionan, se pueden establecer mecanismos de control que permitan estar más cerca de ellos.

La comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos ha recibido una importante atención en los últimos años, estableciéndose la patología psiquiátrica como un claro factor de riesgo para el consumo de drogas, especialmente en el caso de la dependencia. En este sentido, como se señaló previamente, parece haber una relación bidireccional entre ellos dado que la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos aumenta la probabilidad del uso de sustancias en la adolescencia, el consumo aumenta la probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental.

Los factores de riesgo y/o protectores son conceptualizados como una serie de circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica, social o ambiental, cuya presencia o ausencia modifican la probabilidad de la aparición de un problema. Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas, mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo , los factores de riesgo son: autoestima, ansiedad, depresión, estrés, inhabilidad social e insatisfacción en las relaciones interpersonales, violencia doméstica y disfunción familiar, asociados a la inducción temprana en adolescentes, mientras que en los factores protectores se

encuentran: habilidades emocionales y la espiritualidad que previene el consumo inicial y facilitan la abstinencia en los procesos de recuperación de la adicción.

En el cual el adolescente se relaciona, es así que en los ambientes sin leyes y normas sociales favorables al no consumo de esta sustancia existe un mayor riesgo de uso de drogas y conductas violentas. Paralelo a lo mencionado varios autores, han mencionado que, a mayor disponibilidad de drogas, mayor consumo, el ser testigos de violencia aumenta el riesgo de que reaccionen con violencia más tarde en la vida y se asocia con problemas emocionales, sociales, de conducta y de atención. La baja percepción del riesgo del uso de drogas o del uso de la violencia, aumenta la probabilidad de consumo. Las comunidades con un alto grado de depravación social y económica constituyen un riesgo de consumo de drogas y conductas delictivas, ya que se asocia a unas pobres relaciones sociales, desempleo y educación limitada. (44)

3.18. Efectos neuropsiquiátricos relacionados con el consumo de cocaína

Lesiones neurológicas por el consumo de cocaína

La cocaína es la segunda droga más consumida y la mayoría de sus consumidores son adolescentes, esto es debido, en la mayoría de los casos, a los grupos de iguales que influyen en muchos adolescentes. Cuando la cocaína comienza a consumirse hace que se produzcan cambios en el cerebro, como el bloqueo de la recaptación de dopamina, serotonina etc. Por ello, son tan frecuentes las recaídas, ya que, debido a estos cambios el cerebro necesita la cocaína y cada vez en cantidades mayores.

Se ha observado que se producen cambios importantes en el cerebro que pueden llegar a provocar enfermedades, pero a lo que más afecta el consumo de cocaína es a la dopamina, a la memoria y al aprendizaje.

También hay muchos efectos de esta droga por la influencia de los padres, tanto de la madre cuando consume cocaína durante el embarazo, como del padre que hace que se produzcan cambios genéticos. Se ha observado que en la mayoría de los casos los consumidores de esta droga tienen problemas psicológicos como, por ejemplo, depresión o una débil inteligencia emocional. Incluso se ha llegado a la conclusión que el consumo afecta de esta forma a hijos de madres embarazadas que han tomado la droga. Los adictos crónicos presentan característicamente atrofia estructural en los lóbulos frontales y en menor medida en los temporales, donde se ha constatado un descenso de la actividad metabólica en estudios de PET con 18- fluorodesoxiglucosa

La cocaína, es un estimulante ilegal de mucho comercio en el mundo que produce grandes daños estructurales y funcionales en el cerebro, así como repercute en el comportamiento del consumidor en momentos de Craving o recaídas. La amígdala es una de las estructuras específicas comprometidas en el consumo de cocaína, en la que se encontraron reducciones de hasta 23% del volumen. Se encontró, además, reducciones significativas de los haces de sustancia blanca que conectan el córtex prefrontal con la ínsula y otras estructuras subcorticales, indicando una disrupción de la conectividad en los circuitos fronto-límbicos. El consumo crónico de cocaína se ha asociado con alteraciones en la integridad de la sustancia blanca a nivel del genu y la región rostral del cuerpo calloso en el cerebelo, que a su vez correlacionaron de modo negativo con el rendimiento psicomotor y las funciones ejecutivas.

Los cambios metabólicos en el cíngulo anterior rostral y el córtex prefrontal lateral correlacionó de manera negativa con el promedio de consumo semanal de cocaína; por tanto, el consumo crónico de cocaína podría causar alteraciones metabólicas persistentes en los circuitos frontales que sustentan las funciones ejecutivas. La cocaína es una sustancia relacionada con accidentes cerebrovasculares hemorrágicos; los infartos relacionados suelen ser en las áreas de las grandes

arterias, sobre todo en la arteria cerebral media, y en menor medida de la cerebral posterior; también se pueden observar en zonas sub-corticales e hipocampo; además el riesgo general de accidente cerebrovascular isquémico es mayor casi siete veces más en relación con otras drogas de abuso.

Efectos neuropsiquiátricos en el consumidor de cocaína

Los trastornos de personalidad corresponden a un eje específico del diagnóstico multiaxial mental, representando patrones distorsionados del pensamiento y comportamiento, estos guardan una comorbilidad bastante amplia con otros trastornos mentales y enfermedades. Las drogas modifican el funcionamiento de los órganos con los que interactúan, uno de ellos es el cerebro.

Los trastornos más frecuentes asociados al abuso de drogas fueron: trastorno de personalidad Asocial, Límite y Trastorno Mixto de la Personalidad; sin embargo, el abuso concomitante de varias drogas al momento del ingreso, presentaron: trastorno de la personalidad Histriónico, Esquizoide, Paranoide y otros trastornos específicos.

La inhibición por prepulso (IPP) de la respuesta de sobresalto es una medida de sincronización sensitivo motora basada en la respuesta del reflejo de sobresalto. Un déficit en la IPP se ha observado en pacientes psiquiátricos, especialmente con esquizofrenia, así como en sujetos vulnerables a desarrollarla. Asimismo, los consumidores de cocaína presentan un alto índice de patologías psiquiátricas como la esquizofrenia. La cocaína altera la IPP a través de su acción sobre el sistema dopaminérgico.

La administración aguda de cocaína disminuye la IPP al aumentar la dopamina, mientras que, con el consumo crónico, dependiendo del tiempo de abstinencia, la IPP puede restablecerse. Sin embargo, los efectos de la cocaína sobre la IPP parecen depender de los niveles basales de la IPP que muestre el individuo. (45)

3.19. Patologías psiquiátricas en el consumo de drogas ilegales

Alteraciones psiquiátricas más comunes debido al consumo de drogas ilegales

Los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas son un conjunto de eventos psicopatológicos iniciados con la intoxicación aguda y sus diferentes manifestaciones, y que de modo progresivo pueden concluir en la adicción o dependencia, incluyendo por tanto expresiones características para cada tipo de sustancia psicótropa en lo concerniente a los cuadros clínicos de la intoxicación aguda, crónica y dependencia síndrome de abstinencia e inclusive los trastornos psicóticos inducidos por tales sustancias, así como la comorbilidad médica general, familiar y social relacionadas. Es de suma importancia conocer la incidencia de patologías ocasionadas por el consumo de drogas en nuestro país, la gran parte de la población manifiesta que, además de la falta de apoyo familiar, otros motivos que los llevan a consumir drogas es el sentimiento de soledad, al que se añade la falta de cariño de los padres, seguido de la influencia de amigos, promesas de una vida con menos dificultad y la facilidad para conseguir dinero.

Considerando que cada droga tiene efectos diferentes, dependiendo de la persona que las consume, estas tendrán una serie de consecuencias (en mayor o menor grado) en la salud mental de quien las tome. Los opiáceos son sustancias creadas a partir de la adormidera o del opio. Se caracterizan, sobre todo, porque tienen efectos calmantes en quien los toman. En este grupo se encuentran, principalmente, la heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína y fentanilo.

Los adictos a los opiáceos tienen más tendencia que consumidores de otras sustancias a presentar síntomas depresivos durante un corto período de tiempo, además de episodios esquizofrénicos, trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad con un alto riesgo de politoxicomanía lo que dificulta su proceso de deshabituación. La cocaína está

dentro del grupo llamado “psicoestimulantes”, y se caracteriza porque hace que el sistema nervioso central tenga una mayor actividad. Es una sustancia que trae consigo numerosas complicaciones, porque las vías de administración no se limitan a una sola y, además, es una droga que en raras ocasiones se consume sola.

Los adictos a la cocaína, además de estar más propensos a una intoxicación suelen presentar episodios maníacos, trastornos de la ansiedad, trastornos psicóticos agudos con ideas delirantes paranoides, cuadros de delirium, trastornos depresivos, crisis de pánico, trastornos sexuales, trastornos de alimentación además de presentar esquizofrenia paranoide que se manifiestan con comportamientos agresivos e ideas delirantes de persecución. El THC provoca que las neuronas liberen dopamina. Este es un químico que influye en el estado de ánimo y el pensamiento. También se lo conoce como el químico cerebral encargado de la sensación de bienestar.

El consumo de cannabis puede estar relacionado con numerosas patologías psiquiátricas, debido en gran parte porque, la edad de inicio es cada vez más temprana; estos presentan delirium por intoxicación, trastorno psicótico, trastornos de ansiedad, alteraciones cognitivas, afectivas, sensoperceptivas y del pensamiento. Teniendo en cuenta todo esto y que, como ya se ha dicho, el cannabis es una droga muy consumida, es imprescindible crear campañas de concienciación y prevención, sobre todo de la población más joven.

Cuidado del enfermo psiquiátrico por consumo de drogas ilegales.

El abuso de ese consumo lleva a la ausencia de control y a consecuencias nocivas para la vida de la población, lo que puede causar dependencia. Acto seguido y que conlleva un sin número de consecuencias sociales, personales, familiares y sin duda alguna patológica; lo que compromete a los profesionales de la salud en actividades concretas de prevención de sus consecuencias y de promoción de la salud, en sus diferentes niveles de atención. La atención a pacientes psiquiá-

tricos asociadas al consumo de drogas ilegales tiene además de los cuidados básicos, acciones de enfermería específicas para ayudar a la persona con este tipo de patologías y de tal forma lograr esa mejoría en cada uno de la población afectada.

Es importante que el personal de salud sea educado con aquellos cuidados específicos que necesita cada paciente relacionado al consumo de drogas. Un paciente que presenta trastornos delirantes se caracteriza por una alienación de la personalidad y fundamentalmente va a afectar al contenido del pensamiento, por lo que es preciso tener siempre presente que el paciente proyecta sobre los que están alrededor y en sus fantasías para luchar contra la angustia, debemos de ayudarlo en su comportamiento social, preguntándole por la familia, amigos. Así nosotros podemos obtener información sobre sus relaciones y vemos con que apoyo emocional cuenta el paciente. Los cuidados de enfermería en pacientes con psicosis y esquizofrenia van desde la medición de los signos vitales, hidratación, control de electrolitos, una buena nutrición, hasta tener en cuenta signos y síntomas tales como los trastornos del comportamiento, agitación psicomotriz, disminución de la autoestima, delirios, alucinaciones, ideas delirantes, pensamiento ilógico e incoherente, dificultad para establecer una relación con los demás, riesgos de autolesiones.

Finalmente, la depresión es un cuadro clínico en el que se altera el estado de ánimo, al ser las manifestaciones más frecuentes la tristeza persistente, pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba, incluso relaciones sexuales, sentimientos de culpa, de minusvalía, impotencia, desesperanza y pesimismo, dormir demasiado o muy poco. El papel de enfermería si el paciente está deprimido, es tratar de llegar a él, animarlo, estimularlo, y además protegerlo de cualquier intento suicida. Es necesario establecer una buena relación enfermero-paciente, así como brindar una atención hábil y prudente. Debemos controlar la deambulación improductiva, observar que mantenga el patrón de reposo y sueño, entablar una comunicación afectiva

con un tono firme y a la vez persuasivo, mantener una estricta vigilancia, controlar el patrón alimenticio y de eliminación, así como también la higiene personal del mismo. (46)

3.20. La salud mental del adicto a la cocaína

El Abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos son comorbilidades que se asocian con mayor gravedad del cuadro, discapacidad funcional y peor curso evolutivo. Los trastornos mentales más prevalentes son los trastornos depresivos, de ansiedad, personalidad, el riesgo de suicidio. Los trastornos mentales y del uso de sustancias comparten algunas causas subyacentes, como los cambios en la composición del cerebro, las vulnerabilidades genéticas y el contacto temprano con el estrés o el trauma, cambios en el comportamiento, cambios físicos, cambios sociales. El consumo se asocia con factores comunes como: una alta accesibilidad, una baja percepción de riesgo, la presión de pares, un pobre control conductual y una baja adherencia escolar, están expuestos a relaciones violentas en la familia, con antecedentes de violencia física, emocional y, en algunos casos, sexual. La cocaína y otros psicoactivos incrementan los niveles de Noradrenalina, causando cuadros de ansiedad, compulsiones, ideación de tipo paranoide, cuadros psicóticos, desarrollo de ideas delirantes.

La Psicología Social de la Salud sobre el consumo adictivo de cocaína la determinación biológica de la adicción, el consumo de cocaína está influido por dos grandes bloques: el bloque social y el bloque psicológico. Los factores relevantes son el ambiente en donde se desarrolla el individuo, el aprendizaje, la socialización que se realiza a través de la familia iguales, la escuela y las expectativas, tanto las existentes hacia el consumo de drogas. Afectan los procesos cognitivos y deterioran paulatinamente el sistema nervioso, debido a su interacción con la sustancia y a la modificación neuroquímica y biológica resultante, dependiente directamente de la frecuencia del consumo de drogas, afecta la de la memoria.

Los efectos asociados al consumo de cocaína de las alteraciones neuropsicológicas como un factor de vulnerabilidad o como consecuencia directa del consumo de drogas, las alteraciones neuropsicológicas sobre la evaluación, prevención y éxito en el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. El tratamiento de la dependencia se basa en el intento de revertir las alteraciones, para ello se pueden administrar: antidepresivos tricíclicos. La cocaína es la principal causa de consulta por drogas de abuso en los servicios de urgencias, y se relaciona fuertemente con los casos de traumatismos, homicidios, suicidios y accidentes de tráfico, por lo que se ha convertido en un problema emergente, la cocaína suele consumirse con otras drogas de abuso, así como el alcohol étílico y las anfetaminas, lo cual potencia su toxicidad. (47)

3.21. Consumo de drogas y violencia intrafamiliar

La familia es el pilar fundamental para el desarrollo del ser humano donde las personas aprenden valores éticos que desencadenan la moral, relacionarse, conocerse y forman sus personalidades en el ambiente que crece.

Las sustancias o drogas psicoactivas actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones del cerebro que regulan el pensamiento, las emociones y el comportamiento, así mismo altera al sistema muscular y metabolismo.

En el proceso de atención de enfermería hacemos hincapié en tres partes, la evaluación, en que se recopila datos para determinar el problema de salud, el diagnóstico y la planificación de cuidados de enfermería. El tercer y último paso es la implementación y la evaluación donde la enfermera ejecuta el plan de atención propuesto por el médico y aplica el proceso de atención de enfermería enfatizando en las necesidades que presenta el paciente y al finalizar evalúa los resultados obtenidos para mantener o modificar las intervenciones.

La violencia intrafamiliar es toda acción cometida en el seno de la familia por uno o varios de sus miembros que ocasione daño físico, psicológico o sexual a otros de sus miembros y que cause un serio daño a su personalidad y/o a la estabilidad familiar.

Las siguientes son formas de violencia familiar:

La Violencia Física: Se refiere a palizas o golpes que causan lesiones físicas que pueden incluir moretones, fractura de huesos, sangrado interno e incluso la muerte. A menudo, el maltrato comienza con contactos leves y con el tiempo empeora para convertirse en acciones más violentas.

La Violencia Sexual: Suele acompañar o seguir el maltrato físico, y tiene como consecuencia una violación u otra actividad sexual forzada.

La Violencia Psicológica: Son actos que en si conllevan a la desvalorización de una persona maltratada con palabras amenazantes donde se refleja hostigamiento, posesión extrema, aislamiento forzado, destrucción de pertenencias de bienes.

El Acoso: Es una conducta de hostigamiento o amenaza repetida que a menudo deriva en maltrato físico o sexual.

La Violencia Económica: Esto se debe al control de recursos de la víctima como la vestimenta, el alimento, el dinero, entre otros.

Las Causas son: Violencia en su familia de origen, alcoholismo y drogadicción, desempleo, dificultades económicas y hombres violentos, posesivos y controladores, baja autoestima, trastorno psicológicos y físicos.

Las Consecuencias son: Muy autoestima de la mujer maltratada, indiferencia afectiva, aislamiento social, la culpa es de las agresiones,

presenta golpes y lesiones en áreas de su cuerpo, manifiesta actitudes autodestructivas, disminución intelectual, puede llegar al suicidio, personalidades psicóticas.

Los factores ambientales aumentan el riesgo de adicción:

El hogar y la familia: La influencia del entorno hogareño, especialmente durante la infancia, es un factor muy importante. Los padres o los miembros mayores de la familia que abusan del alcohol o las drogas, o que manifiestan comportamientos criminales, puede aumentar el riesgo de que ellos también desarrollen problemas con las drogas.

Los amigos y compañeros de escuela: Los amigos y conocidos pueden tener una influencia cada vez mayor durante la adolescencia, las personas con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de abuso y adicción a las drogas que la población general.

Otros factores aumentan el riesgo de adicción

Consumo a temprana edad: Aunque consumir drogas a cualquier edad puede desencadenar una adicción, las investigaciones muestran que cuanto más temprana es la edad de iniciación a las drogas, más probable es que la persona desarrolle problemas graves. Esto puede reflejar el efecto nocivo que tienen las drogas sobre el cerebro en desarrollo. También puede ser el resultado de una combinación de factores de vulnerabilidad social y biológica a una edad temprana, que incluye las relaciones familiares inestables, la exposición al abuso físico o sexual, la susceptibilidad genética o las enfermedades mentales. En algunos casos, los trastornos mentales como la ansiedad, la depresión o la esquizofrenia pueden preceder a la adicción; en otros casos, el abuso de drogas puede desencadenar o exacerbar los trastornos mentales, particularmente en personas con vulnerabilidades específicas.

Cuidado de enfermería en pacientes que sufren violencia intrafamiliar por el consumo de drogas

La Terapia cognitiva conductual: busca ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y hacer frente a las situaciones en las que son más propensos a abusar de las drogas.

El Reforzamiento sistemático: utiliza el refuerzo positivo, como el otorgamiento de recompensas o privilegios por estar libres de drogas, por asistir y participar en las sesiones de terapia o por tomar medicamentos para el tratamiento según las indicaciones.

La Terapia de estímulo motivacional: utiliza estrategias para producir cambios rápidos en el comportamiento, motivados internamente, para dejar de consumir drogas y facilitar el inicio del tratamiento.

La Terapia familiar (en especial para los jóvenes): aborda los problemas de drogas de una persona en el contexto de las interacciones familiares y su dinámica, que podrían contribuir al consumo de drogas y otras conductas de riesgo

La enfermería tiene un papel fundamental por su posición estratégica y porque las víctimas consideran a la enfermera como profesionales cercanos y asequibles. La enfermera/o tiene la responsabilidad de facilitar la creación y puesta en marcha del plan de cuidados individualizado con la suficiente flexibilidad como para modificar los resultados e intervenciones según vaya siendo necesario, asegurando la actuación sobre los aspectos generales estandarizados, así como una buena coordinación entre niveles asistenciales.

Una de las actividades propias de la profesión de enfermería es la administración de medicamentos, además de la administración de tratamientos médicos, la incorporación del tratamiento del paciente a las actividades de la vida diaria, la observación de este para detectar los posibles efectos no deseados y la interacción del tratamiento médico con el resto de los medicamentos, así como sus beneficios y riesgo.

Fundamentalmente, la enfermera prepara y manipula los medicamentos; revisa las técnicas, los procedimientos y las normas de seguridad, y controla la respuesta del paciente a la medicación, a fin de lograr un actuar con seguridad, facilitar la mejoría y proteger al paciente de posibles riesgos de error. (48)

3.22. Consumo de drogas porteras y factores predisponentes para las adicciones

El consumo de drogas porteras como por ejemplo el tabaco y el alcohol entre otras causan inestabilidad emocional y daños neurológicos provocando adicción.

Factores predisponentes para las adicciones

Entre los principales motivos del inicio del consumo de drogas legales se ubican: la curiosidad, la imitación a los padres, la presión del grupo de amigos, la aceptación social, la anticipación a la edad adulta y la rebeldía.

Entre los factores que influyen en la iniciación a las drogas se encuentra que es una conducta socialmente aprendida, con diferencias individuales, familiares, económicas, culturales y sociales; así como que constituye una curiosidad natural de imitación de la conducta de padres, hermanos, amigos y familiares, así como el deseo de aceptación social.

La adicción es muy similar a otras enfermedades como, por ejemplo, una enfermedad cardíaca.

Ambas perturban el funcionamiento normal y sano de un órgano del cuerpo, tienen graves efectos perjudiciales para la salud y son, en muchos casos, prevenibles y tratables. Sin tratamiento, pueden durar toda la vida y causar la muerte.

En general, las personas consumen drogas por varias razones:

Para sentirse bien: Las drogas producen sensaciones intensas de placer como la euforia inicial le siguen otros efectos que varían según la droga que consuma.

Para sentirse mejor: Algunas personas que sufren de ansiedad social, estrés o depresión comienzan a consumir drogas para intentar sentirse menos ansiosas.

Para desempeñarse mejor: Algunas personas sienten presión para mejorar su concentración en la escuela o el trabajo, o para mejorar sus habilidades deportivas.

Por curiosidad y presión social: En este sentido, los adolescentes en particular corren mayor riesgo, porque la presión de los compañeros puede ser muy fuerte.

Cuidado de enfermería y prevención

The National Institutes of Health, manifiesta que los programas de prevención aumentan los factores de protección y eliminan o reducen los factores de riesgo del consumo de drogas.

Están diseñados para distintas edades y se pueden usar en forma individual o en un entorno grupal, como la escuela o el hogar. Hay tres tipos de programas:

Programas universales: se enfocan en los factores de riesgo y de protección que son comunes a todos los niños en un ambiente determinado, como la escuela o la comunidad.

Programas selectivos: para grupos de niños y adolescentes expuestos a ciertos factores que aumentan el riesgo de que consuman drogas.

Programas indicados: están diseñados para jóvenes que ya han comenzado a consumir drogas.

Cuidados generales en adicciones: Como actividades o intervenciones destacan: crear un ambiente sin exceso de estimulación, administrar los fármacos prescritos y enseñar lo necesario acerca de la medicación pautaada, realizar un control médico y diagnóstico periódico, participar en las terapias psicológicas y psiquiátricas de deshabituaación, enseñar a recobrar los hábitos alimenticios, promover el diálogo y la reflexión en el paciente y/o favorecer la expresión de sus pensamientos y sentimientos para el aumento de la autoestima.

Entre los cuidados generales destacan:

Procurar un ambiente tranquilo. Informar y educar sobre el daño y los riesgos, y explicar los beneficios de dejarlo. Organizar actividades de ocio. Potenciar de forma positiva los logros.

Buscar motivaciones y apoyos en asociaciones. Explicar los beneficios de dejar el consumo. Fortalecer su voluntad y asertividad. Detectar los estados de ansiedad por si fuera necesario aplicar tratamiento. Es importante el tratamiento individualizado. Desarrollo de la relación de ayuda.

Es necesario ser muy pacientes ya que la irritabilidad, la agresividad, la confusión, entre otros síntomas, hace difícil el trato y la convivencia con la persona afectada. También es útil analizar con la persona la necesidad de ayuda para afrontar la situación conflictiva. Vigilar el sueño, la alimentación, los cambios de ánimo y la aparición de infecciones, si las hubiera. Consensuar el plan de cuidados y la fecha para dejarlo. Consensuar el plan de cuidados orientado a disminuir los riesgos derivados de los consumos que no se desean abandonar en estos momentos.

Prevenir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en sus hijos

Apoyo con el ejemplo: Los padres de familia son los modelos más importantes para los hijos. Enséñeles que se pueden superar los problemas y salir adelante sin necesidad de consumir drogas.

Conozca a los amigos de sus hijos: Motive a sus hijos para que invite a su casa cuando usted esté presente y relaciónese con otros padres de familia, así podrán estar atentos y unidos para detectar a tiempo cualquier problema.

Fomente en su hijo valores positivos hacia la vida: Cuando un hijo vive con principios y valores claros y éstos se le refuerzan y reconocen, sabrá decir NO al consumo de drogas y evitar amigos o lugares que lo pongan en riesgo.

Motive a sus hijos a tener amistades positivas: Impulse a su hijo para frecuentar ambientes positivos y sanos, de esta manera tendrán una buena influencia en los amigos que ahí hagan. Se apoyarán entre ellos y serán menos probable que consuma alcohol, tabaco o drogas ilegales.

Escuche a su hijo: La comunicación es muy importante, si escucha a su hijo, compartirá con usted sus experiencias y sentimientos, problemas y logros. Será más fácil si usted escucha con atención e interés y sin juzgarlo.

Fortalezca la autoestima de su hijo: Demuestre su cariño y afecto cuando elogie y corrija a su hijo, los límites son muy importantes, siempre con cariño evite herirlo. Valore sus esfuerzos y logros.

Hable con sus hijos sobre las drogas: Apoye a sus hijos con información sobre daños a la salud, económicos y legales que ocasionan el consumo de drogas.

Enséñele a su hijo a saber decir NO: Fortalezca la seguridad y confianza en sus hijos para que aprendan a decir “NO” ante la presión de sus compañeros frente al consumo de drogas.

Fomento actividades saludables: Impulse a su hijo para que se involucre en actividades saludables, como practicar algún deporte, actividades artísticas, culturales u otras que le resultan interesantes, atractivas y divertidas. (49)

3.23, Consumo de drogas y su incidencia en los delitos juveniles en Ecuador

Factores de riesgo asociados al consumo de drogas en los jóvenes

La ingesta de psicotrópicos se entiende como un problema complejo de tipo social, en cuanto a la magnitud de sujetos que se ven afectados por este, resalta el crecimiento del consumo de sustancias étlicas en jóvenes y las consecuencias perjudiciales del uso de sustancias psicoactivas, que comprometen el estado de salud y desarrollo de una gran cantidad de infantes, adolescentes y adultos.

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo que no puede explicarse sobre la base de causas únicas, por el contrario, se considera que se debe a la interacción de diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales (familiares, escolares y grupales), que de una u otra forma favorecen la consolidación de un patrón de abuso o dependencia.

Entre las características de las familias de alto riesgo, figuran patrones negativos de comunicación familiar, límites de conducta poco claros, bajas aspiraciones y expectativas poco realistas por parte de los padres con sus hijos, patrón que es representado en la mayoría de los casos por un padre ausente.

Con respecto a la calidad de la comunicación y la interacción familiar, se ha encontrado que los adolescentes usuarios de drogas tienden a mantener una percepción negativa de las relaciones en su familia, caracterizándolas como distantes y poco confiables; de igual modo, suelen reportar el predominio de actitudes punitivas y de pautas de comunicación empobrecidas.

Por lo tanto es menester indicar que la familia se convierte en el principal factor de riesgo, asociado al consumo de drogas entre los jóvenes, siendo un complemento perfecto, el déficit en las habilidades individuales del adolescente que impide establecer relaciones y expresar sus opiniones y sentimientos, dando lugar a la presencia de conductas antisociales que permitan entre sus pares "logros socialmente reconocidos".

El contacto de los jóvenes con los espacios de riesgo: tipos de delitos

El consumo de sustancias se relaciona con la instauración temprana de la conducta delictiva y su reincidencia en el comportamiento antisocial. Así mismo; las drogas producen efectos como la agresividad y la desinhibición, que estimulan el comportamiento violento y favorecen situaciones negativas.

Víctimas de la discriminación social y excluidos de las decisiones importantes, muchos jóvenes carecen de planes o proyectos de vida, y son considerados incapaces de adaptarse al medio social, por lo cual toman la delincuencia como alternativa de supervivencia. El fácil acceso a las drogas, la falta de oportunidades de empleo, salud, educación y espacios para la cultura y el deporte, la desintegración familiar, la impunidad, entre otros factores, componen el contexto en el que nace y crece la delincuencia juvenil.

Se evidenció una asociación directa entre el consumo de sustancias ilegales y los actos delictivos en adolescentes encarcelados. Los adolescentes encarcelados y reincidentes consumidores de cocaína y marihuana tuvieron un historial de haber cometido infracciones no sancionadas a la edad de 13 años, y aquellas penadas por la ley, por primera vez, a la edad de 16 años. La delincuencia entre pares (participación en actos delictivos con personas de similar edad), al terminar la etapa de adolescencia, estuvo asociada de forma directa con el consumo de sustancias ilícitas como heroína, cocaína, éxtasis, entre otras.

Adolescentes en conflicto con la ley y el modelo de atención integral restaurativo (MAIR)

Los adolescentes infractores de la ley penal gozan de un tratamiento legal específico; se ha construido una especialidad del derecho que se encarga de establecer normas para regular el comportamiento y las acciones de las personas consideradas “menores” (niños, niñas y adolescentes), que no han alcanzado la mayoría de edad, estipulado en un sinnúmero de Tratados y Convenios Internacionales, la Constitución de la República, el Código de la Niñez y Adolescencia (CONA) y en el Código Orgánico de la Función Judicial, donde señalan de forma explícita que la privación de la libertad de los adolescentes es el último recurso utilizado dentro de los procesos legales, además de cómo estos deben preparar su reinserción a la sociedad. una vez analizados el consumo de drogas y su incidencia en los delitos juveniles, los múltiples factores de riesgos a los que están expuestos y como el Estado a pesar del cometimiento de infracciones garantizan los derechos con un marco legal diferenciado, se puede concluir por sobre todo lo expuesto anteriormente, siempre primará el Interés Superior de los adolescentes permitiendo así la toma de decisiones judiciales que garanticen la protección integral de los derechos de los NNA(niños, niñas y adolescentes), entre ellos, la tutela judicial efectiva, la seguridad jurídica y el acceso a la justicia.(50)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA SALUD MENTAL
1ª Edición

CAPÍTULO IV
AFECCIONES MENTALES Y LA
ENFERMERÍA



4.1. Acciones de enfermería para la prevención de disfunciones mentales de la mujer en su entorno familiar

Se sabe que las condiciones psicosociales tienen un impacto sobre la salud física y mental. En cuanto a salud mental, se considera que las mujeres tienen mayor riesgo de problemas mentales debido a que realizan trabajos sin remuneración como el cuidado de los hijos, las tareas domésticas y el cuidado de otros familiares. Con mayor frecuencia son pobres y no tienen injerencia en las decisiones financieras. Son más propensas a sufrir violencia y coerción de parte de sus parejas. Son menos proclives a tener acceso a factores protectores como la participación en educación, el empleo bien remunerado y las decisiones políticas. De tal manera que las mujeres con mayor frecuencia presentan las condiciones sociales que de manera persistente aparecen como factores de riesgo para los trastornos mentales, como la pobreza, la falta de apoyo social, el bajo nivel educativo, las experiencias desagradables de vida y el desempleo.

La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad.

Las enfermeras forman parte de los profesionales de la atención primaria de salud que se ocupan a diario del tratamiento a largo plazo de pacientes psiquiátricos, en el proceso continuo de prevención, diagnóstico, tratamiento, mantenimiento y rehabilitación. Vista la actual variedad de tratamientos posibles, ese cuidado de enfermería obliga a prestar suma atención a los problemas médicos conexos y a las interacciones complejas entre hechos conductuales, emocionales, fisiológicos y psicofarmacológicos. Las enfermeras en salud mental psiquiátrica tienen características singulares en el sentido de que su adiestramiento y experiencia les permite evaluar las necesidades tanto biológicas

como psicosociales de los pacientes. Las intervenciones de enfermería ofrecen a los pacientes y sus familias una atención de gran calidad en forma rentable.

Las enfermeras en salud mental psiquiátrica de todo el mundo seguirán perfeccionando y demostrando su función de creciente importancia en el campo de la salud mental.

Los objetivos que se persiguen por el apoyo a las enfermeras de Atención Primaria de salud son: Aumentar la capacidad de los profesionales enfermeros de Atención Primaria de salud para la detección de los problemas de salud mental. Apoyar a las enfermeras de Atención Primaria en los planes de cuidados. Conseguir que los aspectos físicos y mentales sean abordados de forma integral. Colaborar a la atención integrada en los distintos niveles de atención a la salud. Detectar nuevos casos.

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 25,3 y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y medios, respectivamente. La violencia hacia la mujer por la pareja es un grave y frecuente problema de salud y se produce en parejas de cualquier clase social, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad.

Factores de riesgo de acciones de enfermería para la prevención de disfunciones mentales de la mujer en su entorno familiar

Los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud mental están relacionados con grandes problemas tales como la pobreza, la guerra y la desigualdad.

Por ejemplo, las personas pobres a menudo viven sin las libertades básicas de seguridad, acción y elección que las personas que no están en esta situación, dan por hecho. Con frecuencia carecen de alimento, refugio, educación y salud adecuada, privaciones que no les permiten llevar el tipo de vida que todos valoramos.

Las poblaciones que viven en circunstancias socioeconómicas de pobreza están en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental, sufrir de depresión y gozar de un bienestar subjetivo inferior. Otros macro factores tales como la migración a áreas urbanas, la guerra y el desplazamiento, la discriminación racial y la inestabilidad económica han sido vinculados con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica y morbilidad psiquiátrica. Por ejemplo, los traumas por la guerra o relacionados con la guerra causan trastornos de estrés pos-traumáticos (PTSD), depresión, ansiedad y trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

Aspectos psicosociales y salud mental en la mujer en el entorno familiar

Se sabe que las condiciones psicosociales tienen un impacto sobre la salud física y mental. En cuanto a salud mental, se considera que las mujeres tienen mayor riesgo de problemas mentales debido a que:

- Realizan trabajos sin remuneración como el cuidado de los hijos, las tareas domésticas y el cuidado de otros familiares.
- Con mayor frecuencia son pobres y no tienen injerencia en las decisiones financieras.
- Son más propensas a sufrir violencia y coerción de parte de sus parejas.
- Son menos proclives a tener acceso a factores protectores como la participación en educación, el empleo bien remunerado y las decisiones políticas.

De tal manera que las mujeres con mayor frecuencia presentan las condiciones sociales que de manera persistente aparecen como factores de riesgo para los trastornos mentales, como la pobreza, la falta de apoyo social, el bajo nivel educativo, las experiencias desagradables de vida y el desempleo.

Síntomas.

- Sentimientos de tristeza o desánimo.
- Pensamientos confusos o capacidad reducida de concentración.

- Preocupaciones o miedos excesivos o sentimientos intensos de culpa.
- Altibajos y cambios radicales de humor.
- Alejamiento de las amistades y de las actividades.
- Cansancio importante, baja energía y problemas de sueño.

¿Cómo cuidar la salud mental de la mujer?

A continuación 5 consejos para cuidar la salud mental de la mujer.

- Es importante mantener actitud con perspectiva positiva. ...
- Cuida tu salud física.
- Relaciones sociales saludables.
- Solucionar problemas.
- Practicar gratitud.

Consejos para cuidar la salud mental de la mujer

Es importante mantener actitud con perspectiva positiva

Mantenerse positiva no significa no sentir emociones negativas, las emociones nos ayuda a enfrentar las situaciones, disfruta al máximo las emociones positivas, descansa.

Cuida tu salud física

Empieza por una buena alimentación, realizar ejercicio, dormir las horas adecuadas.

Relaciones sociales saludables

Los seres humanos son seres sociales por naturaleza, se necesita relaciones fuertes y saludables, círculo de apoyo, asimismo se necesita sentir afecto, formas de expresar el amor.

Solucionar problemas

Son los métodos que se utiliza para enfrentar situaciones estresantes, ¿Cuáles nos han servido en el pasado?, establecer metas y objetivos medibles (corto, mediano y largo plazo), si es necesario busca ayuda.

Atención de Enfermería para la prevención de disfunciones mentales de la mujer

El pensamiento enfermero se puede resumir en la palabra cuidado. El cuidado “comprende el confort, el alivio del dolor, la creación de condiciones favorables para el reposo y el sueño; cuidar es ayudar, acompañar, capacitar, escuchar, estimular, relacionar, asesorar, reconocer, significa estar con el otro cuando nos necesite y adaptándonos a las necesidades de cada momento”.

Este cuidado se puede dividir en dos categorías, el cuidado técnico relacionado con la tecnología médica, reconocido social y profesionalmente; y el cuidado invisible, que acompaña al acto médico, infravalorado universalmente. Comas afirma que el cuidado es una tarea invisible, incluso más invisible que las tareas domésticas, aunque posea una importancia social, un considerable valor económico y unas implicaciones políticas relevantes. Este cuidado se hace visible cuando no puede ser asumido por la familia y sobre todo por las mujeres. (51)

4.2. Causas que producen disfunciones mentales en la adolescencia medidas para su prevención

La adolescencia es un periodo crucial para el desarrollo y el mantenimiento de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental, tales como adoptar pautas de sueño saludables; hacer ejercicio con regularidad; desarrollar habilidades para mantener relaciones interpersonales, hacer frente a situaciones difíciles y resolver problemas; y aprender a gestionar las emociones. También es importante contar con un entorno favorable en la familia, la escuela y la comunidad en general. En todo el mundo, se estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales, pero estos no se diagnostican ni se tratan adecuadamente.

Los factores que determinan la salud mental del adolescente en cada momento son múltiples. Cuantos más sean los factores de riesgo a los

que están expuestos los adolescentes, mayores serán los efectos que puedan tener para su salud mental.

Algunos factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia son el deseo de una mayor autonomía, la presión para amoldarse a los compañeros, la exploración de la identidad sexual y un mayor acceso y uso de la tecnología.

La influencia de los medios de comunicación y la imposición de normas de género pueden exacerbar la discrepancia entre la realidad que vive el adolescente y sus percepciones o aspiraciones de cara al futuro.

Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida doméstica y las relaciones con sus compañeros. La violencia y los problemas socioeconómicos constituyen riesgos reconocidos para la salud mental. Los niños y los adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual, que tiene claros efectos perjudiciales sobre la salud mental (Santos Vallín).

El objetivo es promover el bienestar psicológico de los adolescentes y protegerlos de experiencias adversas y factores de riesgo que puedan afectar a su capacidad para desarrollar todo su potencial tanto para su bienestar durante la adolescencia como para su salud física y mental en la edad adulta.

Los médicos, los enfermeros y los trabajadores sociales, que brinden prevención y promoción de la salud mental como en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en los ámbitos familiar y comunitario. Accesibilidad y el conocimiento de la familia en el contexto que aportan los profesionales que faciliten la coordinación con los dispositivos especializados y los servicios sociales, son importante en este tipo de pacientes.

El trabajo sensible de personal debidamente formado en el uso de fármacos relativamente baratos y en habilidades de soporte psicológico en el ámbito extrahospitalario.

La Adolescencia siendo el período de tránsito entre la infancia y la edad adulta se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con las transformaciones puberales y termina alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial.

Según (Organización Mundial De La Salud , 2013) Algunos adolescentes corren mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental a causa de sus condiciones de vida o de situaciones de estigmatización, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años, y juventud al período entre los 19 y 25 años de edad. Aunque desde el punto de vista biológico es el periodo más sano de la vida, los cambios mencionados en el párrafo anterior, son sobrevenidos en un corto espacio de tiempo, obligando a los/as adolescentes a adaptarse a unas realidades y a unas exigencias completamente nuevas para ellos/as. Todo esto implica un sobreesfuerzo individual por afrontar estos cambios. Para ello, se desarrollan diversos tipos de comportamientos, dentro de los cuales, algunos les ayudarán, mientras otros tendrán consecuencias negativas, produciendo un desarrollo disarmónico entre las áreas biológicas, psicológicas y sociales, provocando dificultades adaptativas e incluso determinadas alteraciones psicopatológicas, dentro de las cuales se encuentra la ansiedad.

Tanto los cambios de humor ocasionales como los sentimientos de preocupación forman parte normal de esta etapa de la vida, ya que, debido a su desarrollo, experimentan frecuentes cambios emocionales. Los trastornos de ansiedad aparecen cuando se rebasa la capacidad de adaptación. Cuando éstos se encuentran muy estresados como puede ser la presión por los exámenes o la tan conocida “selectividad”, la an-

siedad puede agravarse y convertirse en un estado emocional permanente. Por otro lado, la ansiedad se asocia además con problemas de abuso de sustancias y con el desarrollo de la depresión. Dentro de los diversos síntomas que puede producir la ansiedad, los más comunes son: Síntomas físicos: o Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad. o Temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias. Palpitaciones, dolor precordial, disnea. Náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo. Micción frecuente. o Problemas en la esfera sexual.

- Síntomas psicológicos: o Preocupación, aprensión, sensación de agobio. Miedo a perder el control, sensación de muerte inminente.
- Dificultades para la concentración, quejas de pérdidas de memoria. Irritabilidad, desasosiego, inquietud. Conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición psicomotora, obsesiones compulsiones. Síntomas conductuales Tensión muscular, Frecuentes bloqueos, Respuestas desproporcionadas a estímulos externos.
- Las actividades grupales que se pueden desarrollar con los adolescentes (sesiones psicoeducativas y talleres) tendrán las siguientes características
- Participativas. Los contenidos teóricos se presentarán a través de los materiales que ofrezca el grupo a través de las dinámicas
- Experienciales. Se realizarán dinámicas que permitan integrar los contenidos a un nivel racional y emocional y que faciliten el entendimiento desde una perspectiva sistémica. Para lo que en la medida de lo posible se grabarán las dinámicas de modo que se facilite la toma de perspectiva respecto a la propia ejecución.

Se utilizarán dinámicas procedentes de la animación sociocultural, la modificación de conducta, el modelo sistémico que faciliten la integración experiencial de contenidos y faciliten la expresión de emociones. Valoración del sistema familiar y del contexto educativo. Durante todo el proceso se potenciará la construcción de una relación de base se-

gura que han de tener tanto la familia como el profesorado con el adolescente. (52)

4.3. Acciones de enfermería en la comunidad para la prevención de las afecciones mentales en los adolescentes

Epidemiología en Adolescentes con Afecciones Mentales

La adolescencia es una etapa de transición del ser humano . En esta etapa vital, la interacción entre lo que necesita el individuo para construir su identidad y lo que le ofrece su entorno sociocultural cobra una gran trascendencia. El desarrollo de la identidad está fuertemente relacionado con el desarrollo puberal y con el desarrollo estructural y funcional del cerebro. Se experimentarán cambios a nivel psicológico, cognitivo, social, sexual y moral complejos que interactúan entre sí.

La depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre adolescentes a nivel mundial. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años.

No abordar los trastornos mentales de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, y que afectan tanto a la salud física como a la salud mental, limitando las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria.

Las primeras etapas de la vida son propicias para trabajar en la promoción y prevención ya que hasta un 50% de los trastornos mentales que afectan a los adultos comienzan antes de los 14 años de edad. Hay posibilidades de intervenir preventivamente para mejorar la calidad de vida, facilitando la integración social y reducir o evitar discapacidades.

Factores de Riesgo Asociados a las Afecciones Mentales en Adolescentes

Los factores que determinan la salud mental del adolescente en cada momento son múltiples.

Algunos adolescentes corren mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental a causa de sus condiciones de vida, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. Entre ellos se encuentran los adolescentes que viven en lugares donde hay inestabilidad; los que padecen enfermedades crónicas, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual u otras afecciones neurológicas como la depresión, la ansiedad; las embarazadas y los padres adolescentes o en matrimonios precoces y/o forzados; los huérfanos y los que forman parte de minorías de perfil étnico o sexual, o de otros grupos discriminados.

La influencia de los medios de comunicación y la imposición de normas de género pueden exacerbar la discrepancia entre la realidad que vive el adolescente y sus percepciones o aspiraciones para el futuro. Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida doméstica, las relaciones con sus compañeros. La violencia (en particular los malos tratos y la intimidación) y los problemas socioeconómicos constituyen riesgos reconocidos para la salud mental. Los adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual, que tiene claros efectos perjudiciales sobre su salud.

Acciones de Enfermería en Adolescentes con Afecciones Mentales.

Las enfermeras están en condiciones ideales para identificar a los adolescentes con alteraciones de conducta. La figura enfermera está presente en los distintos niveles de prevención:

Como son los Programas de intervención dirigidos al adolescente. Programas de intervención centrados en la familia, para que el adolescente cuente con un marco de referencia estable al adquirir hábitos de vida saludables y así mismo las intervenciones con los padres/tutores, dirigida a modificar conductas poco favorecedoras para la recuperación de la salud del adolescente, reforzando la capacidad de afrontamiento familiar. Es evidente la contribución de la enfermera al cuidado durante la transición de la adolescencia.

La disciplina enfermera cuenta con un marco formal. La adolescencia es una transición de desarrollo compleja que está asociada a cambios organizacionales y situacionales, cuenta con un acontecimiento crítico, que es el desarrollo puberal; este marcador específico intensifica la consciencia del cambio.

Si el adolescente se siente confiado y capaz de afrontar e interactuar en los distintos contextos de socialización, el resultado será una transición saludable. Hildegard Peplau conceptualiza las terapias de enfermería como tres medidas aplicables : valorar cómo llega el adolescente, los cambios que se producen y que significado tienen para él, la depresión, el cuadro de ansiedad a partir de esta valoración la enfermera identifica como esta su salud mental.

Promoción y Prevención en Adolescentes con Afecciones Mentales

Es importante que los programas de promoción y prevención se concentren en intervenciones basadas en datos probatorios y adecuadas al contexto en que se utilizan. Entre las acciones que pueden incluir estos programas se mencionan: cultivo de los recursos psicológicos del individuo en las etapas formativas de la vida, detección precoz y atención de los problemas afectivos o de conducta en la infancia y la adolescencia, promoción de condiciones saludables de vida, fortalecimiento de redes comunitarias de protección contra la violencia, así como la protección social de las poblaciones en situación de pobreza. Las intervenciones de promoción de la salud mental de los adolescentes van orientadas a fortalecer su capacidad para regular sus emociones, potenciar las alternativas a los comportamientos de riesgo, desarrollar la resiliencia ante situaciones difíciles o adversidades, y promover entornos sociales y redes sociales favorables.

Estos programas requieren un enfoque que abarque múltiples niveles y varias plataformas de difusión, por ejemplo, los medios digitales, los entornos de atención médica o social, las escuelas o la comunidad, así como diversas estrategias para llegar a los adolescentes, en especial

a los más vulnerables.

El Programa de Salud Mental (SM) promueve, coordina e implementa actividades de cooperación técnica dirigidas a fortalecer las capacidades nacionales para desarrollar políticas, planes, programas y servicios, contribuyendo a promover la salud mental, reducir la carga que significan las enfermedades psíquicas, prevenir las discapacidades y desarrollar la rehabilitación.

Actualmente la mayoría o casi totalidad de los países de América Latina y el Caribe están recibiendo alguna modalidad de cooperación técnica en salud mental por parte de la OPS/OMS, ya sea en proyectos específicos y de manera sistemática o de una forma puntual ante requerimientos concretos de los gobiernos. (53)

4.4. Cuidado y autocuidado para la prevención de afecciones mentales en el adulto mayor

Los problemas de salud mental en ocasiones pasan desapercibidos por alto o no son diagnosticados y tratados a su debido tiempo por lo cual la capacitación del personal a esta área en específico es indispensable para un mejor manejo de estos pacientes de manera eficaz y oportuna. Desde la infancia hasta la edad adulta, muchos factores de riesgo sociales y ambientales se concentran en las comunidades más pobres. El desarrollo de políticas de salud globales ayudaría a mejorar muchos de los determinantes sociales de la deficitaria salud mental que encontramos en diferentes regiones del mundo

A continuación tres problemas que generalmente son más notables en el grupo de adultos mayores con enfermedades de salud mental:

1- trastornos neurocognitivos mayores, 2- Problemas afectivos o de ánimo y 3 trastorno o desorden del sueño.

Cuanta más influencia tengan los factores individuales en el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo que se puede esperar si se implementa con éxito. Es por eso que las intervenciones en edades tempranas que tienen como objetivo intervenir en las oportunidades de desarrollo son tan relevantes y más que justifican el costo.

Este tipo de enfermedad puede ser provocada en la etapa prenatal y en el desarrollo infantil, lo que puede reducir la exposición a factores de riesgo ambientales como toxinas y deficiencias de micronutrientes como el yodo y optimizar los servicios de salud pública para prevenir y tratar enfermedades transmisibles, lo anterior fue logrado a través de la obstetricia, para mejorar y evitar complicaciones en el parto y lesiones al recién nacido.

Trastorno Neurocognitivos Mayores (DEMENCIA)

El trastorno neurocognitivo mayor (TNCM) es el nuevo termino con el cual esta denominado en la quinta versión del Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), esta denominación es la sustitución del termino Demencia el cual se utilizaba anteriormente.

Evaluación, diagnósticos y clasificación

Para tener una evaluación con sospecha de TNCM se debe de basar en una meticulosa anamnesis informada por el propio paciente, familia y personal de cuidado con mucho énfasis en los diferentes cambios que presente el paciente ya sea cognitivos, funcionales y de conducta, además de esto se le debe de realizar una exploración física e incluir un detallado examen neurológico, otros exámenes a realizar son los de funcionalidad motora y auxiliares y que estos incluyan lo que es vitamina B12, hormona tiroidea y estudios de imágenes neuronales.

El Trastorno Neurocognitivo Menor puede ser clasificado en: Leve, si hay dificultad para actividades cotidiana tales como comprar, hablar

por teléfono, tomar un bus, cocinar, etc.) Moderado, presenta dificultad en actividades básicas de la vida diaria por ejemplo alimentarse, vestirse, bañarse, caminar y control de esfínteres. Grave, ya en su totalidad depende de familiares o personal de cuidado para hacer a gran mayoría casi que por completo las actividades básicas de la vida diaria.

Trastornos afectivos en el adulto mayor

La parte de ciclo de la vida conocido como “adulthood mayor” o senescencia es probablemente un mayor número de características que otros trastornos ya que en esta fase al acumular factores y experiencias anteriores pueden lograr generar una gran cantidad de ansiedad, conflicto interno, pesimismo e incertidumbre, ante todo. A parte afectiva y emocional de la vida diaria del adulto mayor muchas veces no se da ya que por motivo de su edad las interacciones sociales no suelen ser positivas por que poseen gradualmente diferentes reducciones de funciones sean estas biológicas, cognitivas o sensoriales aparte de las afecciones que pueden presentar os agentes patógenos.

Los trastornos afectivos generalmente están cubiertos por sistemas nosológicos divididos en dos áreas que son: trastornos de depresión propios y trastornos de bipolaridad. Está claro que, en la placa psiquiátrica, sea en personas adultas, así como en ancianos pueden poseer un componente afectivo tales como trastornos de ansiedad, obsesivo compulsivo, están los que están relacionados con algún tipo de trauma, así como los neurocognitivos de personalidad. En estos casos se muestran una mala funcionalidad en la región Parietal y Fronto-lateral del cerebro presentando una pérdida de materia blanca.

Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

Con respecto a esta afección se está considerando que un 2% de la población de adultos mayores experimenta este trastorno y en específico las mujeres representan más de a mitad de las cifras. Los diagnósticos que están dentro de esta categoría son los que incluyen sentimientos de tristeza, vacío emocional, desesperanza, apatía, aislamiento social

y disminución de funciones cognitivas. Los ancianos que poseen debilidad física se hace más evidente este tipo de enfermedades aparte de que estos permanecen largas horas del día en cama y exhiben dependencia de otros teniendo en cuenta que el deterioro funcional puede ser casi idéntico a otras enfermedades médicas graves también se pueden producir anomalías estructurales así como estados de apatía y pueden interferir con la estimulación cortical prefrontal de la actividad límbica.

Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

También conocida como Depresión Crónica o Depresión Menor, en esta enfermedad es diferente a las TDM por su menor grado de severidad aun cuando la vida del paciente sea importante de igualmente. Los síntomas pueden presentarse por meses o hasta años con otros cuadros psiquiátricos distintivos, a distimia puede estar acompañada de distrés ansioso y rasgos atípicos como disturbios alimentarios y sueño irregular, los ancianos también son propensos a cuadros de duelo prolongado, sentimientos de culpa, desaliento, ideas de muerte o suicidio que pueden ir en aumento.

Trastornos del sueño en adulto mayor

Los trastornos del sueño se consideran un problema de salud pública. Prevalencias rampantes de insomnio, somnolencia diurna y trastornos específicos como apnea obstructiva del sueño (SAOS) así lo demuestran.

Los llamados estados de conciencia son tres: vigilia, sueño REM y sueño no REM; el último se subdivide en tres subestadios (N1, N2, N3), cuyo número crece en función del enlentecimiento del electroencefalograma y la resistencia a ser despertado. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento involucran la disminución del sueño N3 y el incremento en el número de despertares. El sueño REM, de presentación periódica a lo largo de la noche, disminuye con el envejecimiento, aunque en una proporción menor que N3. Las necesidades de sueño del

adulto mayor parecen ser semejantes a las del adulto en edad media; la dificultad para poder mantener un sueño consistente en la noche incrementa el tiempo de estancia en cama, el tiempo que transcurre hasta iniciar el sueño, los despertares, el tiempo de vigilia nocturna y las siestas durante el día. Existen, asimismo, procesos reguladores del sueño: el proceso homeostático, merced al cual la extensión de la vigilia aumenta la presión por dormir, disminuye, sin embargo, su eficiencia con el envejecimiento.

Las funciones del sueño

Son diversas y llevan a un buen proceso de adaptación. La recuperación de energía es parte integral del proceso homeostático. El no dormir bien está asociado a dolor corporal, patología que crece con la edad. El sueño favorece la liberación de hormonas anabólicas, y su disminución está asociada con el proceso de envejecimiento. Niveles de adrenalina de la vigilia, disminuyen por el predominio colinérgico durante el sueño, la perturbación del sueño afectaría la presión arterial, el ritmo cardiaco, y sus efectos sobre la circulación.

Trastornos del ritmo circadiano

El adelanto de la fase de sueño que pudiera ser observado en algunos adultos mayores, puede ser manejado con la aplicación de luz vespertina. En pacientes con deterioro cognitivo se ha postulado el uso de melatonina y el empleo pautado de luz .

La prevalencia desomnolencia diurna excesiva es 15,4 % Causas en el AM son privación de sueño, problemas de higiene de sueño, depresión, trastornos ocultos como SAOS o síndrome de piernas inquietas, trastornos metabólicos como hipotiroidismo, hipocortisolismo, hiponatremia, encefalopatía hepática, renal o insuficiencia cardiaca, entre otros.

Trastorno de comportamiento asociado a la fase de sueño REM (RBD)

Se produce por la pérdida de la inhibición fisiológica del tono muscular del sueño REM. El paciente, usualmente, actúa los sueños, generalmente hiperdinámicos o violentos, relacionados con animales o riñas. Se describe en asociación con alfasinucleinopatías, (Parkinson, enfermedad por cuerpos de Lewy y atrofia de múltiples sistemas). El RBD es mucho menos frecuente en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Los tratamientos de elección son melatonina y clonazepam. Los trastornos de sueño son frecuentes, importantes, tratables, pero subdiagnosticados. La principal tarea, aún pendiente, está en su reconocimiento.

En base al tema se puede plantear que el cuidado y autocuidado para la prevención de afecciones mentales en el adulto mayor lleva un reconocimiento y tratamiento oportuno para los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias psicotrópicas en los adultos mayores revisten una importancia decisiva. Se recomienda aplicar intervenciones psicosociales y farmacológicas. (54)

4.5. Síndrome de Diógenes y los cuidados de enfermería

El síndrome de Diógenes afecta, sobre todo, a personas mayores de 65 años, pero normalmente suele ser una enfermedad que aparece como consecuencia de otras patologías previas, como el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, o por otras conductas que pueden agravarse como el coleccionismo u otras causas, entre ellas el uso de alcohol u otras drogas ilícitas.

El Síndrome de Diógenes

A pesar de que parece relativamente nuevo, este Síndrome es un viejo conocido de la psiquiatría y consiste en un extremo abandono del autocuidado (tanto en la higiene como en la alimentación y en la salud) en personas que se aíslan de su medio, no salen de su domicilio y rechazan cualquier tipo de ayuda externa. Habitualmente esta patología se

presenta en ancianos solitarios, muy preocupados por una ruina económica no real, por lo que acumulan basuras y viven en una situación de miseria material absoluta. La nula conciencia de la enfermedad es una de las características que presenta el afectado y lo que dificulta cualquier tipo de intervención consensuada.

Epidemiología

- Alrededor del 5% de la población mundial está diagnosticada con Síndrome de Diógenes (sin contar los casos no identificados oficialmente).
- El 75% de las personas con Síndrome de Diógenes realizan compras compulsivas (también conocido como Oniomanía) mientras que el 50% acumula objetos gratuitos o basura que encuentra en la calle. El 15% no tiene un patrón definido y admite que su comportamiento es irracional.
- Las principales causas del Síndrome de Diógenes son la genética y la familia (es decir, fueron creados en familia de acumuladores y heredaron este comportamiento).
- Cuando el Síndrome de Diógenes está avanzando, las viviendas tienden a tener los accesos bloqueados. Los principales objetos/lugares obstruidos son la nevera (45%), el fregadero (42%), la bañera (42%) y el váter (10%)
- A partir de los 25 meses de edad los humanos tienden a acumular objetos de forma instintiva (juguetes, por ejemplo). Se cree que parte de la evolución hizo que como instinto de supervivencia se tienda a reservar objetos. Quizá ahí se encuentre el origen de esta enfermedad.
- Los principales síntomas del Síndrome de Diógenes son: ansiedad, baja autoestima, depresión, aislamiento, descuido del aseo personal, impulsividad. La mayoría de pacientes de Síndrome de Diógenes son incapaces de reconocer sus hogares si los ven en fotografías. Esto quiere decir que no pueden identificar la situación precaria en la que viven.

Tratamiento

El tratamiento debe contemplar diversos aspectos. Es fundamental la prevención y detección de casos de riesgo, establecer un diagnóstico correcto, asegurar una adecuada atención geriátrica y mejorar las coberturas sociales. Para ello es preciso abordarlo de un modo integral e interdisciplinar, lo que implica la coordinación de actuaciones entre los distintos niveles y estamentos de intervención: familia y entorno vecinal, servicios sanitarios y sociales, cuerpos de seguridad y emergencias, instancias judiciales, organismos de tutela, redes de apoyo social, entre otros.

Es fundamental, insistir en que la gravedad y complejidad del problema requieren aunar esfuerzos para mejorar la atención y la calidad de vida de los mayores que viven en soledad, sobre todo teniendo en cuenta que el envejecimiento de la población y la situación de los ancianos en la sociedad hacen pensar en un previsible aumento de estos casos.

En primera instancia, el tratamiento para estas personas va dirigido a tratar las posibles complicaciones derivadas del mal estado nutricional e higiénico. Sin embargo, acto seguido es necesario instaurar medidas preventivas para que el cuadro no vuelva a repetirse. Para ello se necesita un apoyo social suficiente o de asistencia domiciliaria y evitar la hospitalización.

Es importante considerar que, existen acumuladores tecnológicos, también llamados info - obsesivos, que lo que acumulan es información o archivos digitales. Estos sienten la necesidad de estar a la última en noticias, avances y tendencias y son incapaces de desprenderse de la información archivándola y ordenándola compulsivamente.

Cuidados Enfermeros ante el Síndrome de Diógenes involucrando individuo, familia y comunidad

El síndrome de Diógenes es un trastorno específico que se presenta en personas solitarias y de edad avanzada. Se caracteriza por una con-

ducta voluntaria de aislamiento, con ruptura de las relaciones sociales, abandono de la nutrición, de la salud y de la higiene, tanto a nivel personal como ambiental, con grandes acumulaciones de basura y olores indeseables, que llegan a molestar a la comunidad e incluso convertirse en un problema de salud pública. El tratamiento del Síndrome de Diógenes en seis claves

Cuidado adecuado de su higiene personal

Intervención en su dieta: para tratar de paliar los efectos negativos que ha tenido sobre el organismo una inadecuada alimentación, además de para ganar peso.

Intervención familiar: donde se trata de implicar a los parientes cercanos para que comprendan que la situación del paciente se debe a un trastorno en su conducta, y no tanto a un deterioro propio de su edad.

Trabajo a nivel cognitivo con terapia psicológica: para combatir los pensamientos sobre la llegada de una próxima situación de crisis o pobreza, y de la necesidad de acumular cosas.

Limpieza a fondo de la basura acumulada: se necesita a veces productos industriales de desinfección.

Tratamiento farmacológico cuando se requiera: en el caso de que el Síndrome de Diógenes se presente a la vez que otro trastorno, como depresión, obsesión o adicción sea por alcohol u otra droga. (55)

4.6. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio

La gestación es un período complejo y lleno de cambios, que hace a la mujer vulnerable y con gran necesidad de apoyo emocional por parte de quienes la rodean y tiene mayores necesidades que antes del embarazo.

En ocasiones en el embarazo y el puerperio se presenta una depresión que provoca una enfermedad mental. Esta enfermedad puede constituir la recurrencia de un trastorno psiquiátrico previo o indicar el principio de una enfermedad nueva. Los trastornos psiquiátricos durante el embarazo se han asociado a un cuidado prenatal deficiente.

La depresión en el puerperio es un trastorno mental afectivo severo, que afecta durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé, se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, responsable de la secreción de la hormona cortisol, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés.

En el puerperio todos los cambios físicos deben de volver a la normalidad, pero requieren tiempo para que ello ocurra. La falta de sueño, la propia responsabilidad de tener que cuidar a una persona que depende de ella, etc., también pueden desembocar y problemas psíquicos.

Muchas mujeres tienen un embarazo de riesgo que consiste en tener limitaciones en sus actividades diarias, además de generar una situación expectante para ella debido a que es conocedora de que su bebe esta y riesgo. Peor es la situación si se generan anomalías en la salud del bebe en el embarazo o tras el parto, o si es ella la que sufre alguna patología que le impida realizar el cuidado de su hijo como ella quiere.

La ansiedad se define como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. Se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno. En esta entidad se pone en curso una sobre activación del sistema nervioso que puede provenir de problemas endógenos o exógenos momentáneos, como resultado de esto se da una activación del sistema simpático y endocrino al secretarse hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales. Así, la combinación de la activación del sistema simpático con la segregación de adrenalina genera los signos de ansiedad.

Trastorno de depresión en el embarazo

La depresión se considera como un trastorno de gran importancia, se trata de los dos motivos de conducta más comunes en el ámbito psicológico y psiquiátrico, que se caracteriza por la pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar (anhedonia) ya estos síntomas se suman otros como alteraciones del sueño, del apetito y cansancio entre otros. La depresión en el embarazo presenta síntomas similares a otros cuadros depresivos que pueden presentarse en diferentes etapas de la vida. Algunos síntomas depresivos podrían atribuirse o confundirse con síntomas propios del embarazo lo que puede dificultar el diagnóstico de depresión, tales como astenia, cansancio, labilidad emocional, irritabilidad y trastornos del sueño. Es necesario descartar causas orgánicas que puedan favorecer la presencia de síntomas similares a los depresivos como anemia y patología tiroidea

Las mujeres con depresión en el puerperio presentan síntomas psicológicos durante el embarazo como son: somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo desde el primer trimestre del embarazo. A este problema se suma que las mujeres buscan menos ayuda psicológica y médica durante el embarazo y el puerperio y por ese motivo tienen menos información sobre las vías de ayuda que otros grupos de mujeres. Además, durante el período perinatal existe un bajo reconocimiento de la efectividad de los servicios de salud mental.

Trastorno de ansiedad durante el embarazo

Se ha demostrado que la ansiedad es un trastorno psiquiátrico frecuente y un factor de riesgo para padecer trastornos postparto. Los niveles de ansiedad durante el embarazo son frecuentes, algunas mujeres padecen trastornos de ansiedad más graves e incapacitantes, incluidos trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La evolución de los trastornos de ansiedad en el embarazo es variable. El embarazo puede mejorar los síntomas de angustia en algunas pacientes y puede proporcionar la posibilidad para interrumpir la medicación.

Otros estudios han señalado la persistencia o el empeoramiento de los síntomas de ansiedad durante el embarazo.

Es preocupante el hallazgo de que los síntomas de ansiedad durante el embarazo pueden estar asociados con una serie de malos resultados obstétricos, incluidos un aumento de los porcentajes de parto prematuro, de menor peso al nacer, menores puntuaciones en la escala de Apgar y desprendimiento de la placenta.

Psicosis puerperal

La psicosis postparto es la forma más grave de la enfermedad mental ya que la mujer es más susceptible para desarrollar algún tipo de trastorno psiquiátrico, los cuales se deben tratar de forma temprana.

Las psicosis asociadas con el parto tienen características clínicas, evolutivas y pronósticos variables, pues no todas tienen una misma etiología. Existen casos en que los cambios relativamente bruscos y de gran importancia en el metabolismo y en el equilibrio endocrino parecen suficientes para que aparezcan las manifestaciones psicopatológicas, por otra parte, muchos casos de esquizofrenia y psicosis maníaco depresiva hacen su debut en el puerperio.

En ocasiones las circunstancias socioculturales y, a veces, de otra índole en que tiene lugar el embarazo y el parto, pueden ser factores suficientes para desencadenar una psicosis, lo que en este caso sería un elemento de importancia a tener en cuenta en la evolución de la enfermedad. La psicosis puerperal necesita tratamiento médico y es la enfermedad mental más grave que puede ocurrir como consecuencia del ciclo del embarazo, parto y posparto; a pesar de la escasa presencia de investigaciones publicadas sobre la psicosis puerperal, resulta de interés la presentación de un caso clínico que particularice en su forma de presentación.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones más claras del malestar psicológico se entienden en la tonalidad afectiva del paciente, en donde suelen presentarse datos clínicos de depresión, tales como: llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como, datos de tipo ansioso: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas palmar, inquietud, desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros. Si bien se trata de una alteración de manifestaciones afectivas, no se caracteriza por una entidad particular.

La psicosis postparto suele presentarse luego de dos semanas del nacimiento, puede presentarse como un estado maníaco, depresivo o mixto entre los pacientes con trastorno bipolar, los delirios y alucinaciones junto con pensamiento desorganizado los síntomas pivotes que caracterizan el cuadro.

Durante este trastorno también se pueden presentar otras alteraciones del estado de ánimo entre los se encuentran: ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotora y dificultad para conciliar el sueño no asociado al recién nacido. Existen otros trastornos psiquiátricos que con frecuencia se relaciona a la psicosis postparto. (56)

4.7. La salud mental del profesional de enfermería en el ambiente hospitalario

En el ambiente hospitalario, existen diferentes factores de estrés que han sido evidenciados en el trabajo especialmente por el personal de Enfermería. Se puede citar el número reducido de profesionales; el exceso de actividades; la dificultad para la delimitación de papeles entre los profesionales que componen el equipo enfermeros, técnicos y auxiliares la complejidad de las relaciones interpersonales; la responsabilidad para con los clientes; las restricciones organizativas propias del sistema hospitalario; el estancamiento y la desvalorización de salarios; el mantenimiento de múltiples empleos el cumplimiento de largas y agotadoras jornadas de trabajo.

En la enfermería, el profesional tiene como función primordial la prestación de cuidados siendo ejecutados principalmente por el técnico y/o auxiliar de enfermería. Sin embargo, la literatura evidencia que el conjunto de acciones que componen el cuidado prestado por estos profesionales está aún poco valorado en el ambiente hospitalario.

Las responsabilidades atribuidas a la Enfermería se configuran en situaciones de tensión diversas. Es por esto que el objetivo de esta investigación es describir la salud mental del profesional de enfermería en el ambiente hospitalario, y de ese modo brindar un análisis adecuado para los problemas de salud mental ya que éstos constituyen una de las causas principales de discapacidad en el mundo.

El ambiente laboral

Es por esto que en el trabajo el ambiente laboral se constituye en una balanza entre la seguridad de la organización y el bienestar del trabajador, ya que el uno depende del otro. Un ambiente sano y seguro permite que haya salud mental, seguridad laboral y con ello se garantiza la productividad y la calidad de vida de los empleados. Esto se da ya que como en todo trabajo existe un nivel de estrés el cual se debe saber manejar, aunque por su parte la mayoría de las veces las horas trabajadas el estrés constante y la falta de descanso resulta ser muy fastidioso para el trabajador. Se identifican algunos problemas que se pueden observar a diario en el ámbito laboral, uno de ellos es la falta de comunicación entre los miembros de las organizaciones, presentando discordias o malentendidos.

Bienestar laboral

El bienestar laboral y la salud mental del trabajo van de la mano ya que en cualquier trabajo es esencial para la calidad de vida laboral por lo que busca trascender en el desarrollo humano integral en la organización, en este caso sería un hospital en el cual el enfermero u enfermera este laborando por lo que el bienestar laboral es fundamental.

Una de las maneras de medir el bienestar es el grado de satisfacción en el trabajo, se relaciona con factores como lo serían las características específicas del trabajo tenemos lo que es la autonomía, variedad de tarea, trabajo significativo, posibilidad de usar conocimientos o habilidades, prácticas de alto rendimiento en el trabajo que ayudan al trabajo en equipo, grupos de solución de problemas, entrenamiento, sistemas de comunicación horizontales y verticales y factores que afectan el entorno de trabajo.

Las personas que tienen buenas relaciones con la gerencia, seguridad en el empleo, toma de decisiones se hace entonces necesario hablar de categorías como, la sobrecarga laboral, síndrome de Burnout, conceptos relacionados con el bienestar laboral, reconociendo que dentro de él. Debido a estos factores que influyen dentro del ámbito laboral abarcan a la salud mental del profesional que ejerce la enfermería.

Impacto y problemas que existen de la salud mental.

El impacto de los problemas de salud mental en diferentes áreas de funcionamiento ha sido ampliamente documentado en la literatura, como lo indican las asociaciones encontradas entre mayores índices de desempleo y dependencia financiera en personas con ansiedad que en personas sin ese diagnóstico, o la correlación negativa identificada entre la gravedad de la depresión y los puntajes en las cuatro dimensiones de la calidad de vida: física, psicológica, de relaciones sociales y ambiente. Se ha demostrado la relación entre trastornos psicológicos y el desarrollo de condiciones médicas o con el aumento de complicaciones en personas que las padecen.

Consecuencias sobre la mala salud mental en el ambiente hospitalario

Cuando se habla de consecuencias en la salud mental podemos decir que en el ambiente laboral con todo el estrés que existe ya sea en un hospital u otros consultorios se puede dar este tipo de arrebatos o costos emocionales y personales, los problemas de salud mental re-

presentan altos costos económicos, como consecuencia directa del trastorno, del ausentismo laboral, de los costos que representa para los sistemas de salud o la alta frecuencia de consultas médicas no justificadas en pacientes con trastornos psicológicos. (57)

4.8. Síndrome depresivo en mujer embarazada

Son múltiples los factores que se asocian a desencadenar un síndrome depresivo durante el embarazo en donde se señala que los factores más asociados son la falta de apoyo social y de la pareja y que otros factores son los eventos estresantes de la vida, definidos como experiencias objetivas que exigen un proceso de reajuste en las conductas para lograr una adecuada adaptación; igualmente, la violencia doméstica, contar con antecedentes familiares de depresión, nivel socioeconómico bajo y las complicaciones obstétricas fueron considerados factores desencadenantes.

Presentar un síndrome depresivo durante el embarazo como consecuencia si no es tratado se deriva a presentar una depresión postparto, generando más consecuencias directamente relacionadas con el niño ya que evidentemente la madre al estar deprimida afecta el ciclo de interacción con el niño, debido a la incapacidad cuidadora de la madre y al no poder leer las señales del niño y relacionarse positivamente afecta el desarrollo temprano del niño, ya que los niños se manejan dentro del contexto de las relaciones con cuidadores, a raíz de esto los niños cuyas madres presentan depresión tienden a desarrollar mayor riesgo de retraso en el desarrollo social, emocional, cognitivo y físico, falta de lactancia, aumento del riesgo de sufrir abuso y abandono, junto con problemas de salud mental a largo plazo. el vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas, se muestra que otra consecuencia de la depresión no tratada es la afectación de la madre con su pareja, la morbilidad de la depresión clínica frecuentemente se prolonga debido a un retraso en el diagnóstico, o a un tratamiento inadecuado debido al estigma y la vergüenza que sienten, pueden ser reacios a confesar sus sentimientos.

El síndrome depresivo durante el embarazo es considerado un problema de la salud pública posee varios factores de riesgos que lo desencadenan entre los cuales hay que mencionar los factores asociados con la falta de apoyo social y de la pareja y otros factores que son los eventos estresantes de la vida, las cuales serían las experiencias objetivas que exigen un proceso de reajuste en las conductas para lograr una adecuada adaptación; igualmente, la violencia doméstica, contar con antecedentes familiares de depresión, nivel socioeconómico bajo y las complicaciones obstétricas son considerados factores desencadenantes, sin embargo así mismo como existen factores de riesgo hay los factores protectores relacionados con los mismo factores de riesgo como el tener una estabilidad familiar y económica que evitan la presencia de un síndrome depresivo finalmente los factores de riesgo con mayor significancia son el abuso sexual y la edad temprana al embarazo. El síndrome depresivo durante el embarazo deriva una serie de consecuencias tanto para la madre como para el bebé estas son las relacionadas con la falta de desarrollo temprano del niño, el bajo peso, el desapego de la madre y el niño, mientras que para la madre las consecuencias la conllevan a realizar acciones negativas para su salud como la falta de higiene, déficit alimenticio, por lo que resulta importante la intervención precoz para la prevención y detección de la depresión. (58)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA SALUD MENTAL
1ª Edición

CAPÍTULO V
EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA
SALUD MENTAL



5.1. Educación para la salud mental en adolescentes para la prevención del consumo de alcohol

La adolescencia se corresponde con una etapa donde se generan cambios psicológicos, físicos, y sociales, este proceso comienza en la pubertad y finaliza con la adquisición de una madurez sexual y/o psicológica dejando atrás los comportamientos infantiles y el adolescente toma conductas propias. Se deriva del sinónimo juventud, es decir, la edad en la que sucede a la niñez.

Esta etapa comprende cambios justo en el periodo de formación del joven, el adolescente presenta una cierta formación, motivaciones, intereses, pensamientos, necesidades, donde el apoyo familiar y los valores tienen significado especial en esa toma de decisiones.

Cultura alcohólica

Es la cultura de la bebida o cultura del alcohol (8) es el conjunto de tradiciones y comportamientos sociales que rodean el consumo de bebidas que contienen etanol como droga recreativa y lubricante social, esto aumentaría el patrón de consumo de drogas. que puede ser modificado por macro variables como neoglobalización y los cambios recientes en Salud Internacional.

Básicamente el consumo de alcohol se basa en redes complejas de creencias, experiencias y costumbres que influyen en la persona desde temprana edad, siendo así factores directos que promueven esta actividad de consumismo en el sujeto. Cabe aclarar que las creencias que interioriza el sujeto pueden ser de índole positivo o negativo dependiendo de lo deseables que sean los efectos para el individuo.

Factores familiares que influyen en el consumo de alcohol en Adolescentes

La familia desempeña un papel primordial en el desarrollo de los niños y niñas, tanto en su período más infantil como en la adolescencia. Es el agente de socialización más importante y decisivo, a pesar de la in-

fluencia de otros agentes socializadores, como el entorno de iguales, la escuela o los medios de comunicación.

Para algunos autores, la estructura familiar en sí no es un elemento directo que influya en el consumo intensivo de alcohol de los hijos (binge drinking); en cambio el afecto y cariño familiar que pueda existir entre padres e hijos y un sistema claro de organización familiar (reglas y normas familiares) son aspectos básicos que pueden explicar el mayor consumo de alcohol por parte de los adolescentes. De hecho, el estilo educativo de la familia es considerado como uno de los factores de riesgo o protección más significativos que puede haber. Un factor de riesgo asociado al consumo de alcohol en los adolescentes es la ausencia de supervisión y control por parte de los padres. El desconocimiento de las actividades de los hijos, así como la ausencia de normas y disciplina, incrementan el riesgo de consumo de alcohol.

En aquellas familias en las que los padres son consumidores de alcohol, los adolescentes muestran una mayor probabilidad de consumir: estos entienden como adecuado el consumo de alcohol en sus relaciones porque es lo que han observado en su ambiente familiar y han normalizado ese consumo como algo habitual en las relaciones sociales. Además, también la actitud de la familia ante el consumo del adolescente es muy importante. En familias en las que los padres son permisivos o tienen actitudes más de liberales hacia el uso de alcohol por parte de sus hijos, los adolescentes muestran un mayor consumo.

Condición psicológica del adolescente

Dentro de la etapa de la adolescencia se producen varios cambios y en algunos casos dudas e incertidumbres. A la metamorfosis corporal y la aceptación a esa nueva imagen, además se le suma el desarrollo sexual, la personalidad, la creación de identidad y las preferencias. Generando así varias cuestiones en el adolescente las cuales son: un deseo de soledad, sintiéndose incomprendidos dentro del ámbito familiar, el deseo de libertad ante límites impuestos por la familia, tenien-

do la necesidad inherente de rebelarse ante una sociedad opresora, preocupación por aspectos físicos, esforzándose para ser aceptados a nivel de sociedad, cambios en el estado de ánimo siendo más susceptibles ante cualquier problemática familiar o social.

El uso nocivo de sustancias en adolescentes aumenta la probabilidad de tomar más riesgos, como las relaciones sexuales sin protección. A su vez, la asunción de riesgos sexuales aumenta el riesgo de las adolescentes de infecciones de transmisión sexual y embarazos tempranos, una de las principales causas de muerte entre las adolescentes y las jóvenes (incluso durante el parto y el aborto inseguro).

Estrategias para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes

Cada adolescente tiene su manera para actuar con alguna estrategia que se brinda a su alrededor, la primera y primordial es la familia con quien comparte día a día y puede observar sus cambios de ánimo o carácter, quien al darse cuenta de su adicción decide intervenir con charlas dentro el hogar y continuamente con un especialista.

Dentro de cada establecimiento escolar, existirá en un determinado tiempo campañas que promuevan el hábito del buen vivir y salud saludable promocionando que los adolescentes prefieran dirigirse a la práctica de deporte grupal e incluso inclinarse hacia la música como forma de escapatoria de los múltiples factores que impulsan a los jóvenes al alcohol, como primer y fundamental táctica para aplicar la prevención del consumo de sustancias alcohólicas es la comunicación, no solo hablar sino también escuchar aquel joven que se encuentra en problemas e intenta buscar ayuda con alguien de su confianza.

Las estrategias deberían seguir un orden como prevención, el ámbito familiar, escolar, amistades y recurrir de manera profesional a un especialista en el ámbito, los adolescentes en si son vulnerables a cualquier actividad ilícita como parte de la edad e interés de ser parte de un grupo.

En aquellas familias en las que los padres son consumidores de alcohol, los adolescentes muestran una mayor probabilidad de consumir: estos entienden como adecuado el consumo de alcohol en sus relaciones porque es lo que han observado en su ambiente familiar y han normalizado ese consumo como algo habitual en las relaciones sociales. El profesional de Enfermería tiene un papel relevante en cuanto a la elaboración de estrategias y planes para la promoción de la salud mental en cuanto al consumo de alcohol. (59)

5.2. Educación para la salud mental en niños y adolescentes expuestos a inhalantes tipo pegamento

EpS para la salud mental

El ser humano se caracteriza por gozar de la capacidad de pensar, manifestar sus sentimientos e interactuar con otras personas. La vulneración de estas habilidades afecta no solo al individuo, sino a la familia y al colectivo. Así, el fomento, protección y recuperación de la salud mental son vitales para el pleno desarrollo de las personas, las comunidades y las sociedades.

La salud mental guarda estrecha relación con el ámbito social, ya que un espacio de convivencia estresante, excluyente y agresivo impide el buen desarrollo personal y profesional. Además del ámbito social, existen múltiples factores psicológicos y biológicos que afectan la salud mental de las personas, de ahí lo importante del tema en cuestión.

Concepto de Salud Mental

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para la capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

Importancia de la Salud Mental

Estar mentalmente sano durante la infancia implica alcanzar los indicadores del desarrollo y los indicadores emocionales, de igual manera aprender destrezas sociales saludables y cómo enfrentar los problemas que puedan presentarse. Los niños que son mentalmente sanos tienen una calidad de vida positiva y pueden desempeñarse bien en el hogar, la escuela y sus comunidades.

Los trastornos mentales en los niños se describen como cambios serios en su forma habitual de aprender, comportarse o manejar las emociones, lo cual causa angustia y problemas en las actividades diarias. Ocasionalmente, muchos niños presentan temores y preocupaciones o muestran comportamientos disruptivos. Si los síntomas son serios y persisten e interfieren con las actividades en la escuela, la casa y al jugar, puede que al niño le diagnostiquen un trastorno mental.

Tener salud mental no es simplemente la ausencia de un trastorno mental. Los niños que no tienen un trastorno mental podrían diferenciarse en cuán bien se encuentran, y los niños con el mismo trastorno mental diagnosticado podrían mostrar fortalezas y debilidades diferentes en la forma en que se están desarrollando y sobrellevan las situaciones, y tener una calidad de vida diferente. Considerar la salud mental como un proceso continuo y la identificación de trastornos mentales específicos son maneras de entender cuán bien se encuentran los niños.

Cuando los niños atraviesan adversidades frecuentes o prolongadas sin el soporte adecuado, las consecuencias pueden afectar su desa-

rollo cognitivo, capacidad de aprendizaje y regulación emocional a largo plazo. Como parte de la respuesta a la emergencia.

Niños y adolescentes expuestos a inhalantes tipo pegamento

La niñez es la etapa del desarrollo humano que abarca desde el nacimiento hasta la entrada a la pubertad o adolescencia, momento que puede variar entre los 12 y 13 años según la persona.

Esta etapa en donde ocurre el proceso de crecimiento más importante y en el que el sujeto adquiere las habilidades mínimas necesarias para vivir e insertarse en la sociedad. A continuación, se describen puntos importantes para el desarrollo del trabajo

Concepto de niñez

Los primeros años de vida en el ser humano constituyen una etapa con características propias cuyas problemáticas se analizan vinculadas al desarrollo ulterior del sujeto; este periodo es considerado como el momento en que se sientan las bases para el desarrollo físico y espiritual del hombre. Es durante la primera infancia cuando se asimilan conocimientos, habilidades y hábitos; además, se forman capacidades y cualidades volitivo-morales que en el pasado se consideraba que solo se podrían alcanzar en edades mayores.

Desde el punto de vista legal según la legislación ecuatoriana, Art. 4.- Definición de niño, niña y adolescente. - Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.

Concepto de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa.

Históricamente, varios factores justifican la importancia de estudiar la adolescencia como etapa del ciclo evolutivo. Los cambios que surgen a nivel biopsicosocial llaman la atención a especialistas de diversas áreas. El abandono de la escolaridad, el pandillerismo, las agresiones, las conductas homicidas, las adicciones, enfermedades de transmisión sexual, los embarazos y suicidios, figuran dentro de las grandes problemáticas de dicha etapa, los cuales exigen una atención inter y multidisciplinaria

Clasificación por vía de uso de inhalantes tipo pegamento

Los inhalantes, son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Si bien hay otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, el término “inhalantes” se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de la inhalación. Esta definición abarca una amplia gama de sustancias químicas que pueden tener diversos efectos farmacológicos y que se encuentran en cientos de productos diferentes.

Los inhalantes pueden ser aspirados por la nariz o por la boca de varias maneras, tales como:

- Aspirando (“sniffing”) o inhalando (“snorting”) los vapores de los envases.
- Rociando los aerosoles directamente en la nariz o la boca.
- Aspirando o inhalando los vapores de sustancias que han sido rociadas o depositadas
- dentro de una bolsa de plástico o de papel (“bagging”).
- Colocando en la boca un trapo que ha sido impregnado con un inhalante (“huffing”).
- Inhalando de globos llenos de óxido nitroso.

Las sustancias químicas inhaladas se absorben con rapidez a través de los pulmones y llegan a la sangre donde son distribuidas rápida-

mente al cerebro y a otros órganos. Pocos segundos después de la inhalación, el usuario experimenta la intoxicación y otros efectos parecidos a los del alcohol. Estos efectos incluyen dificultad para hablar, incapacidad para coordinar movimientos, euforia y mareo. Además, los usuarios pueden padecer de aturdimiento, alucinaciones y delirios.

Ya que la intoxicación dura apenas unos minutos, los usuarios a menudo tratan de prolongar la euforia inhalando repetidamente a lo largo de varias horas, lo que constituye una práctica muy peligrosa. Las inhalaciones sucesivas pueden causar la pérdida del conocimiento e incluso la muerte.

Son muchos los sistemas del cerebro que pueden estar implicados en los efectos anestésicos, intoxicantes y de refuerzo de los diferentes inhalantes. Casi todos los inhalantes de abuso, con excepción de los nitritos, producen su efecto placentero al reducir la actividad del sistema nervioso central (SNC). En contraste, los nitritos dilatan y relajan los vasos sanguíneos en lugar de actuar como agentes anestésicos.

Manifestaciones clínicas por el uso de inhalantes

Las sustancias químicas encontradas en los disolventes, aerosoles y gases pueden producir una variedad de efectos adicionales al momento de usarlos o poco tiempo después. Los efectos relacionados con la intoxicación por inhalantes pueden incluir beligerancia, apatía, juicio deteriorado y desempeño inapropiado en el trabajo o en situaciones sociales. (13) Otros efectos secundarios comunes son la náusea y el vómito. La exposición en dosis altas a esas sustancias puede causar confusión y delirio. Además, puede causar mareos, somnolencia, dificultad para hablar, letargo, falta de reflejos, debilidad muscular general y estupor. Por ejemplo, las investigaciones demuestran que el tolueno puede producir dolor de cabeza, euforia, sensación de tambaleo e incapacidad para coordinar los movimientos.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para la capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida.

El abandono de la escolaridad, el pandillerismo, las agresiones, las conductas homicidas, las adicciones, enfermedades de transmisión sexual, los embarazos y suicidios, figuran dentro de las grandes problemáticas del adolescente, los cuales exigen una atención inter y multidisciplinaria

Las sustancias químicas inhaladas se absorben con rapidez a través de los pulmones y llegan a la sangre donde son distribuidas rápidamente al cerebro y a otros órganos. La exposición en dosis altas a esas sustancias puede causar confusión y delirio. Además, puede causar mareos, somnolencia, dificultad para hablar, letargo, falta de reflejos, debilidad muscular general y estupor, llevando incluso a la muerte. (60)

5.3. La musicoterapia frente a la adicción de drogas ilícitas

La musicoterapia: generalidades

La música ha existido en todas las culturas, por lo que se ha considerado el lenguaje universal. El uso de sonidos, piezas musicales y estructuras rítmicas puede conseguir diferentes resultados terapéuticos directos e indirectos a nivel psicológico, psicomotriz y orgánico.

Concepto

La musicoterapia es una técnica que está dirigida por un musicoterapeuta el cual su única herramienta es la música. Esta técnica permite controlar, mantener, restaurar e incrementar la salud tanto física como mental de la persona, es decir su único objetivo es lograr cambios en la conducta de la misma permitiendo adaptarse y entender el mundo que lo rodea y así poder acoplarse a la sociedad. Esto hace que el trabajo con la musicoterapia pueda perfectamente acoplarse al tratamiento que se requiere para las personas que sufren problemas de adicción; ya

que en la mayoría de estas situaciones es la falta de afecto, el conocerse así mismo son una de las tantas falencias que se presentan en la vida de estas personas.

Fundamentos Psicológicos de la Musicoterapia

Esta técnica lo realiza un profesional capacitado en este tema, lo único que el utiliza es la música ya que el objetivo de la musicoterapia es mejorar el estado físico, social, emocional y cognitivo de la persona, esta técnica es muy eficaz y sencilla ya que no necesita ningún fármaco para complementar la terapia y lo más importante es que va a mejorar el crecimiento personal del paciente, va a ver el mundo con otra perspectiva, se llenará de personas positivas y su calidad de vida mejorará notablemente.

La musicoterapia permite mejorar una interacción intra e interpersonal por lo tanto al realizar esta técnica mejorará la vida del paciente ya que el simple hecho de escuchar sonidos relajantes ayudara al tratamiento y a la rehabilitación de trastornos físicos, mentales y emocionales de adultos y niños , el conocimiento y la práctica de esta técnica en Ecuador es muy escasa porque no todos toman esta técnica como parte de la terapia del paciente puesto que es un procedimiento desconocido para muchas personas, por ende han implementado talleres de musicoterapia para que la gente conozca de que se trata y que beneficios tiene, pero de igual manera al no ser reconocida muchos profesionales son desvalorizados, de igual manera han seguido con investigación para que se logre implementar en el plan de salud para hacer denotar que la musicoterapia ayudaría a sobrellevar ciertas patologías emocionales y cognitivas.

Esta técnica no solo es para adultos también se la puede trabajar grupalmente con infantes ya que mejorará la interacción entre ellos permitiéndoles interactuar en equipo, a tener una buena comunicación con los demás a dejar de ser cohibidos , y a poder sobrellevar las emociones con gente de su entorno por medio de la música , todo esto

promoverá cambios mentales, sociales y cognitivos en los niños, hay que tener en cuenta que esta técnica ya lleva más de 70 años, los cuales desde ese entonces se está implementando en el ámbito escolar, médico, psicológico y ocupacional.

De la teoría a la práctica

La musicoterapia tiene efectos tanto en lo:

FISIOLÓGICO: esta técnica permite entender los efectos de la naturaleza de cada uno de los sonidos que se escucha, y sobre todo ayuda en la salud porque establece cambios en la presión arterial, ritmo cardiaco, y lo más importante es que esto provoca que el cerebro se active.

PSICOLÓGICO: la música ayuda aumentar la energía y a fortalecer cada una de las emociones de la persona, también al escuchar la música provoca tristeza, alegría.

La musicoterapia con la ayuda de un profesional capacitado permitirá a los pacientes a entrar en un estado de relajación a tener una libre expresión ya que ponen sonidos, melodías, que son captados por el cerebro y responde a la necesidad afectiva, cognitiva y social. Existen tres sesiones para la terapéutica:

El paciente al llegar a la consulta debe ir tranquilo y sin estar obligado a recibir la terapia pues así existirá una buena relación entre terapeuta y paciente. Al estar tranquilo será mucho más fácil para el terapeuta llegar a la problemática de su paciente.

Y la tercera etapa es la despedida, pero antes de eso el terapeuta tiene que resumir todo lo que ha visto en la consulta, preguntar si existe alguna duda y proceder a programar una nueva cita. Después el terapeuta llenará un documento donde mencionará el antes y después del paciente al entrar a la consulta, que métodos fueron utilizados y cuáles utilizará la próxima vez.

Drogas ilícitas

Las redes delictivas trafican con diferentes tipos de drogas como cannabis, cocaína, heroína y metanfetamina. Dada la creciente porosidad de las fronteras internacionales, la accesibilidad y el abuso de las drogas a nivel mundial están cada vez más extendidos.

Concepto

La definición de droga por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a todas las sustancias psicoactivas como: cualquier sustancia que, al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras. Incluye el alcohol, el tabaco y los solventes y excluye las sustancias medicinales sin efectos psicoactivos.

Inicio del consumo de drogas a edades tempranas

El análisis del consumo de drogas de inicio temprano se basa en las encuestas nacionales de estudiantes de enseñanza secundaria. Este informe analiza el uso temprano de una variedad de sustancias lícitas e ilícitas, que incluyen alcohol, tabaco, cannabis, clorhidrato de cocaína (referido como cocaína) y cocaínas fumables (crack y pasta base de cocaína referida como PBC). Todas estas sustancias muestran algunos niveles de uso entre los estudiantes de octavo grado.

Uso de la musicoterapia en el tratamiento de adicciones

Se conocen múltiples aplicaciones de la musicoterapia dirigidas a prevenir, recuperar y/o rehabilitar en el ámbito de la salud. En general, esta disciplina sirve para: Reducir el estrés, potenciar la capacidad de resolver problemas, aumentar la creatividad, mejorar la autoestima y la comunicación asertiva, favorecer las relaciones interpersonales.

Para el profesional de Enfermería es importante el conocimiento sobre el uso del sonido y la música como un suplemento más en el tratamiento para sanar enfermedades, entre las piezas musicales a utilizar se citan:

- Ansiedad: Las cuatro estaciones, de Vivaldi; Concierto de Aranjuez, de Rodrigo.
- Depresión: Música acuática, de Haendel; Sinfonía n° 8, de Dvořak.
- Cefalea: Sueño de amor, de Liszt; Serenata, de Schubert.
- Hipertensión: Serenata n° 13 en sol mayor, de Mozart
- Insomnio: Nocturnos, de Chopin; Preludio para la siesta de un fauno, de Debussy

El uso de métodos musicoterapéuticos ha demostrado ser útil en los pacientes adictos tanto en el uso de drogas lícitas como drogas ilícitas, por ello se hace necesario en el profesional de enfermería la actualización y/o capacitación para aplicar música en la neurorehabilitación de pacientes por ser un recurso económico asequible, con evidencia científica que puede ser utilizada en el manejo de diversas patologías, en especial en las adicciones. (61)

5.4. La adicción a los videojuegos y el rol de enfermería

La conducta de juego problemático se refiere a la condición bajo implicación problemática de los juegos digitales. El uso patológico se produce cuando existe un uso disfuncional que perjudica al individuo a nivel familiar, social, laboral, escolar, conductual y psicológico.

Las adicciones: generalidades

Concepto: Una adicción se define como la dependencia a una sustancia, una actividad o una relación. Las adicciones controlan los pensamientos y los comportamientos de las personas que sólo buscan conseguir o realizar la cosa deseada.

Epidemiología:

En una población de 3267 estudiantes de China, Estados Unidos y Singapur se encontró que el 20.9% presenta adicción a los videojuegos; siendo más frecuente en hombres con una tasa del 31% en comparación con las mujeres con una tasa del 13.1%. Datos obtenidos en una

investigación realizada en Estados Unidos reporta que el 88% de los jóvenes comprendidos entre los 8 y 18 años juega videojuegos al menos ocasionalmente; independientemente del tipo o género, el tiempo promedio empleado en el juego es de 13,2 horas a la semana, demostrando además que existe mayor uso por parte del sexo masculino.

Fisiopatología:

En ocasiones estas adiciones pueden derivar en otras enfermedades o trastornos como la depresión, la ansiedad, el consumo de drogas o la esquizofrenia. Además, estas pueden acabar afectando a su entorno cercano, en especial a mujeres embarazadas.

Causas y consecuencias:

Consecuencias fisiológicas: Cansancio, Desnutrición, Agotamiento mental, Sedentarismo Epilepsias, Alteraciones del sistema inmune, Fatiga ocular, Cefaleas, Problemas musculares

Consecuencias psicológicas: Ansiedad, Inestabilidad emocional, Agresividad, Infantilismo social, Falta de habilidades de afrontamiento, Confusión entre el mundo real-imaginario, Inmadurez,

Fantasía extrema, Depresión, Empobrecimiento afectivo, Consecuencias psicosociales: Conflictos familiares, Conflictos laborales Conflictos escolares, Problemas económicos, Posibles problemas legales (robos, agresiones, delitos), Aislamiento social, Dejadéz de hábitos de higiene.

Tratamiento:

Es importante poder diagnosticarlas lo antes posible para que un especialista le establezca el tratamiento más adecuado. En este aspecto, los amigos y parientes cercanos tienen un papel fundamental, Los más destacados son:

1. Impedir comprar juegos: de este modo puede que acabe por aburrirse de los que tiene.
2. Ofrecer otras actividades para realizar: una excursión o ir al par-

que pueden quitarle de la cabeza sus ganas irrefrenables de jugar al menos por un rato.

3. Limitar el tiempo: permitirle jugar, pero solo 1 o 2 horas al día, ya que si se corta de golpe quizás jugara por las noches.

Los videojuegos: adicción comportamental concepto

La adicción comportamental, llamada también adicción sin droga, es un tipo de adicción en la cual se da una pérdida de control de una determinada conducta y que tiene como característica, igual que las adicciones con sustancia, la dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y la interferencia grave en la vida cotidiana de la persona.

Así mismo las adicciones comportamentales tienen el mismo patrón que las adicciones a las sustancias químicas. Una necesidad cada vez mayor de repetir con más frecuencia el comportamiento para lograr la satisfacción buscada. Producen dependencia, síndrome de abstinencia y tolerancia. Estas características permiten discriminar la presencia de una adicción sin drogas de la mera alta frecuencia de un comportamiento determinado.

Síntomas que presentan los adictos

La adicción a los videojuegos presenta varios síntomas, los cuales dependerán en gran medida del grado de adicción y la personalidad de la persona. Los más comunes son:

1. Aislamiento social
2. Empeoramiento del rendimiento académico
3. Pérdida de la noción del tiempo
4. Dolores óseos o articulares
5. Ira desmesurada

Pruebas médicas para detectar la adicción Para diagnosticar esta adicción existen unos test que puede realizar el paciente para obtener un autodiagnóstico. Asimismo, el entorno cercano del adicto puede detectar en su comportamiento o en su rostro signos evidentes que

confirman la adicción. Por su parte, los expertos se basan en la presencia de diferentes factores para poder identificar la enfermedad:

1. Dedicar 4 horas diarias o más a los videojuegos.
2. Dejar de lado sus obligaciones para dedicar tiempo a los videojuegos.
3. Muestra signos físicos apreciables a simple vista.
4. Detectan en él varios síntomas mediante una evaluación psicopatológica.

CAUSAS: La variedad de características y circunstancias personales y sociales hace que se pueda llegar a la adicción a través de procesos muy diferentes, esto supone que no siempre tienen que estar presentes los mismos factores de riesgo, pero se necesitan elementos de tres tipos para que se dé la adicción:

Factores de riesgo individuales: los propios de la persona sin que exista apenas capacidad de influencia desde el entorno (factores biológicos, trastornos mentales)

Factores de riesgo personales: características del ámbito de la personalidad que son influenciados desde el entorno inmediato (actitudes, creencias, habilidades sociales, autoestima, impulsividad, presentismo)

Influencia de los micro-grupos (familia, escuela, grupo de iguales, barrio, trabajo) y del contexto macro-social. Los comportamientos susceptibles de crear adicciones están envueltos en un entramado de valores, estereotipos y mitos que los hacen atractivos para determinados grupos. Además, los valores y las exigencias sociales dificultan la integración de los grupos peor posicionados socialmente.

TRATAMIENTO: El principal riesgo de las adicciones comportamentales es la afectación a la salud mental del afectado.

Las adicciones del comportamiento son muy diferentes entre sí, y cada una de ellas tiene características específicas que deben tenerse en cuenta. Sin embargo, a pesar de sus diferencias, todas las adicciones comportamentales tienen síntomas en común, que requieren ayuda en el momento en el que se presentan:

Pérdida de control: se siente un deseo intenso, una necesidad irrefrenable de concretar la actividad placentera.

Relación de dependencia: irritabilidad y malestar ante la imposibilidad de concretar la conducta (abstinencia), imposibilidad de dejar de hacerlo pasado un corto período de tiempo, e incapacidad para dejarlo a pesar de haberlo intentado reiteradamente,

Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de actividad para conseguir los mismos efectos

Ocultación: las consecuencias negativas suelen ser advertidas por personas allegadas que las comunican a quien padece la adicción, pero como mecanismo de defensa la persona adicta niega el problema. El objetivo terapéutico en las adicciones sin drogas es el reaprendizaje de la conducta de una forma controlada. En la actualidad, el tratamiento de la mayoría de estos trastornos se aborda desde la terapia cognitiva conductual y normalmente no implica el uso de fármacos.

Cuidados enfermeros ante la adicción a los videojuegos

No se han hallado cuidados exclusivos enfermeros para tratar la adicción a videojuegos. Las intervenciones preventivas se basan en la educación para la salud. Como tratamiento no farmacológico destaca la terapia cognitivo conductual. Se debería considerar esta patología como un nuevo campo de actuación para enfermería.

Los profesionales sanitarios, y más concretamente enfermería, tiene un gran abanico de intervenciones para propiciar una adaptación saluda-

ble de las nuevas tecnologías a unos jóvenes cada vez más cegados en sus vidas virtuales, poniendo en valor la importancia del rol de las familias, docentes y cuidadores para conseguir los objetivos marcados. Así mismo, ayudando a estos últimos a ser los ojos de los profesionales sanitarios cuando no están presentes y empoderándoles para contribuir a un mejor vínculo familiar, donde los jóvenes sean partícipes de la mejora del mismo. (62)

5.5. Salud mental en refugiadas afganas y el accionar de enfermería

La condicion de refugiado

“La Determinación de la Condición de Refugiado (RSD, por sus siglas en inglés) es el procedimiento legal o administrativo mediante el cual los gobiernos o ACNUR determinan si una persona que busca la protección internacional es considerada un refugiado bajo las normas internacionales, regionales o nacionales”. La Determinación de la Condición de Refugiado es un procedimiento fundamental para que las personas refugiadas puedan disfrutar de sus derechos, según lo prevé el derecho internacional.

Los Estados tienen la responsabilidad primaria de la Determinación de la Condición de Refugiado, sin embargo, ACNUR la puede realizar bajo su mandato cuando un Estado no sea parte de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y/o no disponga de un procedimiento nacional de asilo justo y eficiente.

Los refugiados emigran de sus respectivos países en busca de una vida mejor. No se trata de una elección libre sino forzada: están huyendo de una situación que amenaza su integridad de alguna manera. Pensar en los refugiados como inmigrantes que buscan aprovecharse de la riqueza de un país que no es el suyo, está muy alejado de la realidad: se trata de seres humanos que han vivido situaciones extremas y que han decidido abandonar su cultura, su país, sus cosas y, muchas

veces, incluso su familia para sobrevivir. “Al hablar de migración, se suele imaginar un escenario idílico en el cual la persona deja su hogar voluntariamente para irse a vivir a otro país en búsqueda de oportunidades”. Sin embargo, en la realidad, los inmigrantes que se conocen como refugiados se han visto forzados a abandonar su mundo y lanzarse a lo desconocido para conservar la vida o la libertad. Las causas de su inmigración lejos están del deseo de vivir una aventura en otro país, conocer otra cultura o aprender un idioma nuevo. De hecho, se suelen relacionar con situaciones muy graves.

Más de 65 millones de personas en el mundo han debido abandonar sus hogares y buscar refugio en países lejanos a causa de conflictos armados. Como ejemplo el conflicto bélico existente en Siria, estos refugiados sirios escaparon de una situación de violencia extrema que mancilla los derechos humanos. Es necesario destacar que más allá del conflicto bélico en sí, se producen toda clase de atentados contra los derechos de las personas: violaciones, persecuciones y violencia generalizada se vuelven cotidianos, al igual que la falta de agua potable, comida y refugio.

De igual manera, en la actualidad, existen aún gobiernos que han tomado el poder por la fuerza o que han accedido al mismo a través de elecciones, pero luego buscado silenciar a los disidentes. En estos países, la persecución política y las venganzas están a la orden del día. Para sobrevivir, la única opción para muchos es la de escapar, aún a riesgo de perder la vida en el intento.

“La toma del poder por parte de los talibanes en Afganistán ha sido uno de los eventos más controversiales en las últimas semanas esto por las diversas leyes que este régimen impone, particularmente a las mujeres”. Si bien es cierto que las comunidades religiosas que se alojan en esta parte del mundo tienen unas normas sociales y culturales muy distintas a las de occidente, se está temiendo que con la llegada al poder de los talibanes en este país se pueda generar un retroceso

histórico en el proceso de legitimización de los derechos humanos que se ha llevado en los últimos 20 años.

Algunas de las comunicaciones que llegan de esta zona relatan que los talibanes están exigiendo que las mujeres se casen con los militantes como muestra de gozo y agradecimiento por su retorno al poder. Con esto se evidencia que su interés, más allá de ser político, implica que las mujeres sean borradas de la historia y vuelvan a estar alejadas del público y de muchas garantías que habían sido recuperadas durante la invasión de Estados Unidos a este país. Mientras que decenas de miles de personas buscan desesperadamente huir de Afganistán por el temor a represalias y a la imposición de un estricto régimen talibán, el resto del mundo se prepara para una posible crisis migratoria.

Varias potencias occidentales se han comprometido a recibir un cierto número de refugiados, particularmente aquellos civiles que ayudaron a las fuerzas de EE.UU. y la coalición de la OTAN durante 20 años de operativos militares. Algunos líderes globales ya han señalado la necesidad de aplicar medidas para contener una migración “irregular”. Varios países vecinos de Afganistán que durante muchos años han recibido migrantes afganos- han empezado a cerrar fronteras y crear vallas para impedir el movimiento. En América Latina, México, Chile y Costa Rica han anunciado planes para darle acogida a una cantidad determinada de afganos, dándoles prioridad a las mujeres y otras personas en riesgo.

En concordancia con la declaración pronunciada por el Secretario General de las Naciones Unidas, ONU Mujeres mantiene su pleno compromiso de apoyar a las mujeres y niñas de Afganistán. Los derechos de las mujeres y niñas deben ir en una sola dirección, y es hacia adelante. Las mujeres y niñas afganas han desempeñado un papel decisivo en la historia de su país. Es fundamental que lo sigan haciendo y que se protejan sus derechos ganados con tanto esfuerzo. Se espera que en Afganistán se protejan los derechos humanos fundamentales

de todas las personas, incluidas las mujeres y niñas, cumpla con las obligaciones de proteger a la ciudadanía y permita que el personal humanitario pueda acceder sin restricciones al país para prestar servicios y asistencia oportuna y vital.

Cuidados enfermeros ante mujer afgana desplazada/refugiada

Es en el modelo de Travelbee donde se aborda como tal el concepto de enfermería Psiquiátrica y en el que establece así mismo que la enfermería es también un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica del cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales. El propósito de la enfermera es comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras experimentar o ver algún evento traumático. Este episodio puede poner en peligro la vida, como la guerra, un desastre natural, un accidente automovilístico o una agresión sexual. Pero a veces el evento no es necesariamente peligroso

La mujer afgana sufre vulneración de sus derechos fundamentales, prohibición para estudiar y desempeñar labores públicas, también de desplazamiento y la obligatoriedad de tapar su rostro y cuerpo completo. Estas son algunas de las restricciones que deben enfrentar las mujeres y niñas afganas con la llegada de las fuerzas talibanas, luego del retiro de las tropas estadounidenses del país tras 20 años de ocupación.

En la práctica de la enfermería Psiquiátrica la relación persona - enfermera(o) aparece como una constante, es decir la labor como profesionales de enfermería se basa en una relación de ayuda que requiere de una condición de sensibilidad, respeto y amor hacia la persona cuidada para que tenga un objetivo terapéutico y de trascendencia. (63)

5.6. Manejo de las emociones del personal de enfermería ante las muertes por covid-19

La muerte por COVID-19, es como cualquier otra que causa terror, miedo. Es dolorosa, causa incertidumbre por su capacidad de contagio, por la escasez de los equipos de protección y por no saber que pasa después. La muerte por Covid-19, es un fenómeno de gran impacto emocional, pues genera temor e incertidumbre porque tomamos conciencia de nuestra propia finitud, percibimos que somos mortales y por lo tanto frágiles ante esta entidad llamada SARS-CoV-2, que ha causado la muerte de millones de seres humanos. La muerte del paciente por Covid-19, no se diferencia de otras muertes, es una realidad biológica y cultural que se puede describir. Sabemos que pasa justo antes que irrumpa en la conciencia y lo desvanezca todo. Sin embargo, únicamente conocemos el dato biológico inmanente al cuerpo material, no sabemos que pasa después porque poco sabemos de ella.

Entre las vivencias del ser humano, nos encontramos con una en especial como lo es la muerte, son muchos los filósofos, investigadores e historiadores que han realizado trabajos sobre el significado o la explicación de esa experiencia. El filósofo Martín Heidegger afirmó sobre la muerte, que el ser humano no es alguien que muera sino, que en sí mismo, es un ser-para la muerte, siendo una situación que todos los seres humanos debemos experimentar, sin embargo, nunca deja de sorprender cuando llega este momento. Abordar el fallecimiento es tarea delicada, lograr que el familiar exprese emociones cuando está sumergido en su dolor, es una experiencia que deja indiferentes a los profesionales de enfermería, que no saben cómo actuar.

Todos los profesionales de salud tienen el conocimiento y la experiencia de que la muerte, es una posibilidad o acontecimiento que puede suscitarse durante la práctica laboral, sobre todo en profesionales que laboran en áreas críticas. Específicamente el personal de enfermería es el encargado de brindar los cuidados a estos pacientes, sin embar-

go, no reciben ningún adiestramiento, orientación ni acompañamiento en escenario como la muerte neonatal.

Las mejores estrategias o las actividades a realizar para mantener un control de respuestas emocionales del personal de salud ante la muerte de un paciente son: Consultas individuales con los psicólogos una vez por semana, Terapias grupales donde se exponga las experiencias de duelo de ese personal, asistencia a talleres de primeros auxilios en emergencias psicológicas, en estilo de afrontamiento y de resolución del duelo, podemos también hacerlos participes de un entrenamiento sobre la ayuda y el consuelo que son dictadas estrictamente por Teólogos (sacerdotes) ya que ellos tienen el aprendizaje de esta teoría.

Algunas recomendaciones para el personal de enfermería son los siguientes:

- Realizar estrategias de apoyo psicológica, con el profesional de enfermería que labora en áreas críticas y que está sometido a escenarios de muerte con regularidad.
- Entre las herramientas antes planteadas se deben impartir talleres, y/o sesiones educativas para preparar al personal de enfermería ante la muerte neonatal y de esta forma poder brindar el apoyo requerido a los familiares.
- Mantener un control de los eventos de muerte sucedidos en el servicio y evaluar la conducta del profesional de enfermería posterior a las terapias psicológicas.
- Fomentar relaciones interpersonales adecuadas con todo el equipo de salud y el entorno familiar. (64)

5.7. Caso clínico de un paciente diagnosticado de trastorno bipolar desde la visión del proceso enfermero

El trastorno bipolar debe entenderse como un todo asociado a una amplia sintomatología (ya sea depresiva, maniaca o de otra índole) del es-

tado de ánimo anormal y/o alterado, no como cuadros maníacos, hipo-maníacos o depresivos aislados y fluctuantes entre sí, ya que, aunque existen los brotes puros, los episodios también pueden caracterizarse en función de la presencia de características mixtas que entremezclan ambas sintomatologías

Epidemiología y diagnóstico

La prevalencia del trastorno bipolar es dispar según las fuentes que se consulten. esto es debido a diferentes motivos:

- La debilidad del DSM-IV (TR), que solo conseguía el diagnóstico formal de la mitad de los sujetos tratados, debido a que existe una mayor variación de espectros en la presentación del trastorno bipolar, que la que en este manual se contemplaban.
- El intento considerable del DSM 5 de plasmar la prevalencia real del trastorno bipolar mediante la contemplación de una gran variación fenotípica.
- Los falsos negativos, debido a que los criterios actuales para la manía son más restrictivos.
- Los falsos positivos, que pueden causar las consideraciones de formas más leves del trastorno bipolar o la reacción hipomaníaca producida por los antidepresivos.
- Aspectos culturales, ya que frecuentemente, los instrumentos diagnósticos se traducen y aplican en distintas culturas sin una validación transcultural.

Tratamiento

El trastorno bipolar conlleva un menoscabo cognitivo y neuroanatómico debido al acopio de los episodios que sufren las personas que lo padecen, sin embargo, no se conoce cuál es la proporción de dicho acopio. Aunque el tratamiento farmacológico es de vital importancia, el conocimiento de la familia y del paciente acerca del trastorno, no debe quedar relegado. El tratamiento farmacológico, ha atravesado una gran evolución basada en la investigación. Las sales de litio son fundamentales en el abordaje de este trastorno. Se trata del principal

mecanismo de prevención de recidivas, sobre todo en lo que a depresión se refiere.

Caso clínico

El psiquiatra le diagnosticó en 2021, un trastorno maníaco-depresivo, lo que hoy día se correspondería con un trastorno bipolar tipo I. Su tratamiento se basó, fundamentalmente, en prescripción psicofarmacológica de sales de litio y valproato. El paciente abandonó las sesiones con su psiquiatra y el valproato, porque según él, este fármaco le “sentaba mal”, aunque no el tratamiento de sales de litio, que sigue recibiendo por parte de su médico de cabecera, aunque las dosis y la constancia en las tomas son irregulares sin seguir un patrón fijo, a su “libre albedrío según se encuentre”, citando sus palabras textuales.

Antecedentes familiares

- No padece de ninguna otra enfermedad, padre y madre vivos sin ninguna enfermedad aparente refiere paciente.
- Antecedentes de violencia domestica con su pareja actual.
- Inestabilidad laboral por eso se mantiene trabajando en el restaurant de sus familiares.

Exploración física

- Lesiones cutáneas en EESS.

Planes de Cuidados

Sin otro hallazgo destacable. Una vez realizados los diagnósticos enfermeros con los objetivos identificados, se procede a la planificación de los cuidados o tratamientos enfermeros, es decir las actividades enfermeras con sus respectivas intervenciones, para reducir, eliminar o prevenir los problemas detectados.

Nuestro paciente lleva más de 20 años de evolución, y cuenta con un dilatado historial de reagudizaciones que en algunos casos han precisado de hospitalización. La última propiciada por un factor estresor

reconocido como es la muerte de un familiar allegado. Este acontecimiento provocó en primera instancia el abandono del tratamiento y, en segundo lugar, trajo como consecuencia la exacerbación del cortejo sintomático.

Si bien el incumplimiento del tratamiento es común en la enfermedad crónica, una característica que la hace distintiva en la enfermedad mental, que estuvo presente en el caso del paciente y que de forma habitual dificulta enormemente la consecución de una conducta de cumplimiento, es el hecho de que la no adherencia altera en la mayor parte de los casos la conciencia de estar enfermo, lo que otorga un plus de complejidad al caso.

Por otro lado, si al hecho de que la enfermedad hizo que nuestro paciente tuviese dificultad para manejarse de forma autónoma, careciera de red social de apoyo, no participase en actividades de ocio y provocase un elevado sufrimiento familiar, le añadimos una duración de la enfermedad superior a dos años, aparte de poder hacernos una idea de la dificultad de abordaje y reforzar la necesidad de integrar fármacos y psicoterapia, cumple con todos los criterios necesarios para ser considerado como trastorno mental grave. En línea con lo anterior, un último aspecto que no podemos pasar por alto es que desde la perspectiva que ofrece el Hospital de Día, no se puede entender el abordaje del trastorno mental grave, y por tanto de éste caso clínico, al margen de un equipo multidisciplinar que está integrado por diferentes disciplinas (Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Terapia Ocupacional y Trabajo Social)

Se observa por un lado que se desarrolla una base de conocimientos propia, organizando el proceso de actuación y aunando la manera de trabajar de los profesionales enfermeros, con el objetivo tanto de una autonomía como reconocimiento social enfermero, aportando también una visión en todas las esferas (bio- psico-sociales) pudiendo ser beneficiosa para otros profesionales en el desarrollo de la práctica multi-

disciplinar (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.). Por otra parte, también beneficia a la paciente porque la hacemos partícipe de los cuidados llevados a cabo, mejora su autonomía en el manejo de las adversidades, su autoestima y motivación para la adquisición de mejoras en sus hábitos de salud y su patología en global.

No obstante, a pesar de que esta aproximación terapéutica es la que ofrece mayores posibilidades de éxito, exige para Enfermería la necesidad de actualizar el modelo de práctica profesional revisando conceptos tradicionalmente instalados en el proceso enfermero como son la noción de “problema de interdependencia” y de “Diagnóstico de Enfermería”. (65)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

EN LA SALUD MENTAL

1ª Edición

BIBLIOGRAFÍA



1. Zurita Barrios N, Cevallos Párraga MDJ, Espinoza Robles P, Medina Noelia L, Cedeño Loo IC. Atención de enfermería en gestante fármaco dependiente con síndrome depresión posparto. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 8-12.
2. Zurita Barrios NY, Delgado Mora S, Medina Ruela K, Coronado Macias M, Mosquera Goya N. Importancia de la sensibilización sobre la salud mental materna desde la perspectiva de enfermería. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 13-19.
3. Zurita Barrios N, Sánchez Carpio S, Quimí Soriano L, Pacheco Gootman K, Quinlli Illicachi I. Trastornos de ansiedad en gestantes fármaco dependientes. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 20-25.
4. Zurita Barrios NY, Astudillo Junco D, Cáceres Soledispa E, Quiñonez Vargas EM, Franco Cajas JL. Trastorno de la salud mental por el uso de sustancias adictivas en el embarazo. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 26-30.
5. Nhaylett ZB, Vasquez Coello NB, Tagle briones DC, Carranza Gordillo AP, Tiñe Rea JM. Trastornos obsesivo-compulsivos durante el posparto en pacientes farmacodependiente. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 31-36.
6. Zurita Barrios N, Medina Ruela K, Coronado Macias M, Salinas Toro X, Carchi Herrera S. Principales enfermedades de salud mental en gestante con alcoholismo y los cuidados de enfermería. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 37-43.
7. Zurita Barrios NY, Dávila Patiño Y, Fuentes Añasco DF, Tenezaca Guamán RM, Reyes Velasco GE. Actuación de enfermería en tocofobia en gestante fármaco dependiente. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 44-48.
8. Márquez B, Alvear. Acciones en el Ecuador para una buena salud mental en la gestante. In Yulieth BS, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 158-164.
9. Márquez B, Herrera Abad NM, Bohórquez Domínguez SN, Tomalá Tomalá YE, Montaña Sandoya ML. Alteraciones mentales que padece la gestante en la cesárea. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 184-190.

10. Castillo Castillo MA, Arteaga Chuquimarca MJ, Cevallos Mejía EB, Lozada Suarez KM, Yunga Heras MA. Psicosis en gestantes fármaco dependientes y los cuidados de enfermería durante el embarazo. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 410-414.
11. Castillo Castillo MA, Requena Silva YF, Sandoval Alvear CR. Repercusión del uso de psicoactivo en mujeres gestantes en la población ecuatoriana año 2017-2021. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 415-423.
12. Fernández Brinceño EO. Abordaje psicologico en pacientes con fractura de tibia. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 60-61.
13. Fernández Brinceño EO, Barberi Duarte JJ, Fernández Galarza KA, Borja Monserrate ML, Alban Sabando EL. Atención de enfermería a pacientes ecv con enfoque a la salud mental. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 72-83.
14. Arteaga Y, Riera H, Ruiz M, Villacis L. Cuidados de enfermería a paciente con hemorragia intra Encefálica. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 84-94.
15. Fernández E, Gonzabay Catuto PA, Albán Sabando EA, Peñarrieta Herrera FJ. Cuidados de enfermería en pacientes con edema cerebral producto de un traumatismo craneoencefálico. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 95-104.
16. Arteaga Y, Yaucan J, Bravo Dalton F, Melisa A. Deterioro neurológico por alteración hidroelectrolítica. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 105-118.
17. Fernández Briceño EO, Casierra Vernaza NM, Gallegos Ordoñez JI, Verdezoto Echeverria RM, Parra Quiñonez SY. Promoción de la salud mental en paciente con cetoacidosis diabética. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 119-130.
18. Fernández Briceño E, Pardo Aguirre KdC, Otero Campoverde ML, Pinta Cacuango AE, Calderón Ramírez SA. Shock séptico y las secuelas neurológicas. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 131-142.
19. Márquez B, Vincas A, Cuenca JL. Afectaciones en la salud mental del adulto que ha padecido pancreatitis aguda. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 165-174.

20. Perez AFAVH. Trastornos neuropsiquiátricos por trauma craneoencefálico. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2007; 23(1).
21. Márquez Ortega B, Barrera Aguirre I, Meza Solórzano J. Caso clínico sobre la insuficiencia respiratoria aguda y su repercusión en la salud mental. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 191-200.
22. Márquez B, Camacho N, Aguirre C, Boza A, Villegas D. Complicaciones mecánicas de prótesis articular de cadera y su repercusión en su esfera mental. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 201-209.
23. Belmary M, Corozo X, Tinoco V, Calderón L. Cura operativa de hernia inguinal unilateral derecha encarcelada y su repercusión en la salud mental. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 210-217.
24. Márquez B, Rivera L, Jerimar N, Guerrero M, Pareja J. Depleción de volumen por fiebre persistente y su afectación en la salud mental del paciente. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix ; 2021. p. 218-226.
25. Gonzalez Picaso AM, Muñoz Gallego L, Martin Salinas C. A propósito de un caso clínico: mujer con gastroenteritis aguda. Gerokomos. 2021 Abril; 32(1).
26. Castillo M, Púas N, Púas T, Mora Solís CM, Jara M. Importancia de la salud mental en pacientes con procedimientos quirúrgica debido a una histerectomía. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 401-409.
27. Pluas Carriel T, Peñafiel Macay D, Pareja Alvarado J, López Vite G. Proceso de atención de enfermería en paciente embarazada con shock hipovolémico. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 495-502.
28. Reyes Córdova AH. Importancia del cuidado ante el consumo de cocaína como factor de riesgo cardiovascular. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2010 Enero-Agosto; 18(1-2).
29. López Gamboa Y, Rodríguez Villacis D, Escorsa Yapo E, Arboleda Manzano A, Hualca Carvajal K. Atención de enfermería en la prevención de adicciones provocada por el uso de fármacos en el trastorno bipolar. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 143-147.
30. López Gamboa Y, Redrovan López R, Correa Salazar K, Moreno Reyes E, Bollo Vizueta D. Errores de medicación con psicofármacos en la salud mental que generan adicciones. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario.

31. López Gamboa Y, Jurado Macías J, Tapia J, Tarqui Freire M, Martínez Ayauca A. Consecuencias de la automedicación con benzodiazepinas en trastornos antidepresivos. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 153-157.
32. Montañó Garcés CS, Navarrete Ronquillo PS, Andrade VS, Peraza De Aparicio CX. Consumo de sustancias psicoactivas y salud mental. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 293-300.
33. Vera Ramírez RS, Peraza De Aparicio CX. Consumo de alcohol como respuesta al duelo. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 309-316.
34. Tomala José CA, Monrroy Branda JC, Troya Poma JC, Rodríguez Rangel L. Consumo de drogas durante en el embarazo. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 331-338.
35. Rodríguez Rangel L, Prado Jiménez RJ, Muñoz Soriano KB, Rivas Rugel RL. Drogadicción en adolescentes embarazadas. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 339-345.
36. Rodríguez Rangel L, Aguirre MA, Gregorio Andrade F, Verdesoto Solís GR. El uso de drogas en el personal de salud. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 351-359.
37. Castillo M, Castillo A, Paredes Zamora ME, Paredes Mena W. Complicaciones neurológicas y cardiovasculares en el niño por el consumo de drogas durante el embarazo adolescente. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 360-369.
38. Castillo Castillo MA, Segura Fuentes CO. Consecuencias neurológicas por el abuso de sustancias estupefacientes en adolescentes en Ecuador. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 370-375.
39. Castillo MA, Amaya S, Suarez K, Paredes M. Daños cardiovasculares que produce el consumo de alcohol en adolescentes. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 376-382.
40. María Auxiliadora CC, Anais Salome NM, Vizuete Nuñez JI. Daños neurológicos causados en adolescentes por el consumo de cocaína en la población ecuatoriana. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 383-387.

41. Castillo Castillo MA, Catota Garcia JM. Daños que produce el consumo de alcohol a nivel hepático en los adolescentes. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 388-393.
42. Castillo Castillo MA, Castillo Ochoa KP, Yazuma Guambuquete RE. Daños que se producen a nivel neurológico por el consumo de drogas en mujeres embarazadas. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 394-400.
43. Ortega Guevara NM, Arciniegas Benítez R, Saca Salinas M. El desempleo como factor de riesgo para el consumo de alcohol en las comunidades vulnerables. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix ; 2021. p. 431-439.
44. Ortega Guevara NM, Gualacata Imbaquingo MdR, Gualoto Díaz V, Guayasamín Vargas D, Carranza Abad A. La depresión en los adolescentes como factor de riesgo para el consumo de psicoactivos. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 440-448.
45. Ortega Guevara N, Yaucan Naucin CF, Loja Mena CE, Medina Cortez RG, Abad Berrones OR. Efectos neuropsiquiátricos relacionados con el consumo de cocaína. In Barradas Sira Y, Navas Monte Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 449-456.
46. Ortega Guevara N, Toala Navarrete J, Veloz Avila S, Perez Lozano W, Antón Avila J. Patologías psiquiátricas en el consumo de drogas ilegales. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 457-466.
47. Ortega Guevara NM, Carpio Vilema BE, Gavilanes Macias SL, Sánchez Peñafiel RM. La salud mental del adicto a la cocaína. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 467-475.
48. López Gamboa Y, Escobar Palma C, Peñafiel D, Márquez Moreno E. Consumo de drogas y violencia intrafamiliar. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 476-481.
49. López Gamboa Y, Nivelá Arzube AM, Pluas Carriel TK, Espín Del Pozo PJPAJC. Consumo de drogas porteras y factores predisponentes para las adicciones. Fenix. 2021 Diciembre.
50. Toala Navarrete J, Veloz Ávila S, Cordero Cordero J. Consumo de drogas y su incidencia en los delitos juveniles en Ecuador. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 488-494.

51. Orellana Zurita MI, Ríos Solís LdC, Pérez Ruiz ME. Acciones de enfermería para la prevención de disfunciones mentales de la mujer en su entorno familiar. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 237-241.
52. Mera Neira AI, Herera C, Pérez Ruiz ME. Causas que producen disfunciones mentales en la adolescencia medidas para su prevención. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 241-246.
53. Pérez Marcos E, Nieto A, Saraguro E, Cevallos L. Acciones de enfermería en la comunidad para la prevención de las afecciones mentales en los adolescentes. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 247-251.
54. Pérez Marcos E, Avila Banchón L, Lino Chonillo Y, Pacheco Olivo J. Cuidado y autocuidado para la prevención de afecciones mentales en el adulto mayor. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 252-258.
55. Cabrera Vera NJ, Peraza De Aparicio CX. Síndrome de diogenes y los cuidados de enfermería. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 317-324.
56. Rodríguez Rangel L, Mancheno Granja RC, Arroyo Santacruz PE. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 325-330.
57. Rodríguez Rangel L, Santana Castro GJ, Franklin Michael PF, Nataly Marisol ES. La salud mental del profesional de enfermería en el ambiente hospitalario. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 346-350.
58. Ortega Guevara NM, Villares Orellana M, Espinoza Mazacon S, Salazar Mera A, Moreira Muriillo M. Síndrome depresivo en mujer embarazada. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 424-430.
59. Peraza De Aparicio CX, Salazar Quinche EK, Quinatoa Velasco KD. Educación para la salud mental en adolescentes para la prevención del consumo de alcohol. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 259-267.
60. Nicolalde Vásquez MI, Bayas Vera BV, Peraza De Aparicio CX. Educación para la salud mental en niños y adolescentes expuestos a inhalantes tipo pegamento. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 268-275.
61. Aucapiña Guamán DP, Barahona Enríquez MP, Guerrero Teran ML, Tipantuña Tipantuña AD, Peraza De Aparicio CX. La musicoterapia frente a la adicción de drogas ilícitas. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 276-282.

62. Peraza De Aparicio CX, Conlango J, Ramírez Meza P, Vélez Ronquillo SV. La adicción a los videojuegos y el rol de enfermería Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021.
63. Rodríguez Macías J, Santillán Arévalo ME, Peraza de Aparicio X. Salud mental en refugiadas afganas y el accionar de enfermería. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 301-308.
64. Figuera Ávila PA, Albornoz EJ, Alvarado Chacón RE, Guzmán MdC. Manejo de las emociones del personal de enfermería ante las muertes por COVID-19. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 503-508.
65. Figuera Ávila PA, Suarez Suarez MY. Caso clínico de un paciente diagnosticado de trastorno bipolar desde la visión del proceso enfermero. In Barradas Sira Y, Navas Montes Y. Memorias VI Congreso Internacional de Innovación de Enfermería La Salud mental en el ambiente hospitalario y comunitario. Guayaquil, Ecuador: Fenix; 2021. p. 509-516.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA **EN LA SALUD MENTAL**

1ª Edición



Publicado en Ecuador
Marzo del 2022

Edición realizada desde el mes de noviembre del 2021 hasta febrero del año 2022, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman;
Mistral Regular, Raleway, en tipo fuente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA **EN LA SALUD MENTAL**

1ª Edición

AUTORES

Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez
Cruz Xiomara Peraza de Aparicio
Neris Marina Ortega Guevara
Heriberto Enrique Luna Alvarez
Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios
Yoel López Gamboa
Marcos Elpidio Pérez Ruiz
Evelyn María González Díaz
Belmary Desiree Márquez Ortega
Ariel Medina Concepción
Elsa Josefina Albornoz Josefina

ISBN: 978-9942-602-58-9



© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.