

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

Relación entre la Salud Mental y el Consumo de Sustancias en pacientes internados en un hospital público de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del 2021

Por: Perret, Maria Evangelina

Director: Lic. Roxana Ferraris

Docente Asesor: Lic. Rosana Inés Nores

Rosario, Septiembre de 2020

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Resumen

El uso y abuso de sustancias tanto lícitas como ilícitas fomentan desde problemas de salud físicos y mentales hasta violencia, falta de seguridad social, entre otros.

Objetivo: analizar la relación entre el consumo de sustancias y la salud mental, según sexo y edad, de los pacientes internados en un servicio de un hospital público durante el primer semestre del 2021.

Metodología: estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, desarrollado en X cantidad de pacientes, los mismos fueron seleccionados a partir de una muestra no probabilística accidental, de diferentes grupos etarios, que se encuentren en un servicio público de internación, representando a los individuos consumidores de sustancias lícitas o ilícitas de la ciudad de Rosario. Mediante una encuesta compuesta por un cuestionario estructurado autoadministrado individual se recolectarán los datos, el cual se ha validado por medio de una prueba piloto.

El análisis es cuantitativo, en una presentación bivariada con estadísticas de tendencia central y de variabilidad, de las cuales corresponden la media, modo y distribución de frecuencia. Para la tabulación se utilizó el paquete estadístico SPSS v. 26.0

Palabras Claves: Salud mental, consumo de sustancias, edad, sexo, pacientes internados, efector público.

INDICE GENERAL	Página
Resumen y Palabras Clave	2
Índice General	3
Introducción	4
Marco Teórico	12
Material y Métodos	30
Tipo de Diseño	30
Sitio o contexto de la Investigación	30
Población y Muestra	31
Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos	32
Plan de análisis	36
Plan de trabajo y cronograma	38
Anexos	43
Anexo I: Guía de convalidación de sitio	44
Anexo II: Instrumento de recolección de datos	45
Anexo III: Justificación de Sitio	50
Anexo IV: Prueba Piloto	55
Bibliografía	57

Introducción

La Salud Mental es parte integral de la salud, como define la Organización Mundial de la Salud (OMS) «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»

Diversos estudios, a lo largo de los años y en todas partes del mundo, analizan la relación de los trastornos de salud mental y el consumo de sustancias.

En México se llevó a cabo un estudio cuantitativo, no experimental, transversal con un alcance descriptivo-correlacional. Donde participaron 276 sujetos masculinos de 18 a 65 años atendidos en consulta externa de diversas instituciones de salud de Ciudad Victoria, Tamaulipas. Se aplicó a esta muestra la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y la Escala de Funcionamiento Psicosocial, además de un cuestionario de datos sociodemográficos. Dentro de los trastornos de salud mental, los más comunes son la ansiedad y la depresión, teniendo como disparadores situaciones de estrés de la vida cotidiana como, por ejemplo: problemas financieros, enfermedad grave de un familiar y muerte de un familiar o amigo. El 57% (n=157) tuvo una prevalencia para síntomas de ansiedad y el 49% (n=135) para síntomas de depresión. Cuanta mayor sintomatología de ansiedad y depresión, mayores eventos estresantes, estrés percibido, intercambio y hábitos negativos de salud tuvieron o vivenciaron los sujetos. (Espinosa Muñoz, Orozco Ramírez, & Ybarra Sagarduy, 2015)

Este estudio nos muestra que existe una problemática relacionada a los padecimientos de salud mental dados por disparadores de estrés de la vida cotidiana, situaciones que todas las personas son susceptibles de padecer, y la forma en que lidiamos con ellas se refleja en nuestra salud.

Otra investigación, llevada a cabo en estudiantes de una facultad de salud pública de Colombia, utilizó un estudio descriptivo, transversal, desarrollado con 252 estudiantes de entre las edades de 18 y 53 años. Con una predominación de mujeres (80,2%), a quienes se les aplicó una encuesta estructurada compuesta por tres instrumentos, versión para auto-aplicación.

Los instrumentos fueron el test de DUSI (adaptado para Colombia) y un cuestionario que valora la motivación para el consumo y los efectos de las sustancias. Donde la selección de la muestra se realizó mediante muestreo aleatorio estratificado.

Se elaboró una base de datos en el programas SPSS versión 21 y para el proceso de la información, se extrajeron frecuencias absolutas y relativas de las variables nominales; de igual forma se extrajeron las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables cuantitativas. (Toro Ocampo, Restrepo Suarez, & Díaz Monsalve, 2017)

El consumo de sustancias se define como el acercamiento tanto ocasional como habitual del sujeto con la sustancia que produce algún tipo de alteración en el sistema nervioso central. El uso y abuso de sustancias tanto lícitas como ilícitas fomentan desde problemas de salud físicos y mentales hasta violencia, falta de seguridad social, entre otros.

El consumo de sustancias es un determinante social muy importante que se relaciona con las condiciones de vida, accesos a recursos y problemáticas como el desempleo, la malnutrición, y la carencia de vivienda adecuada.

Las consecuencias del consumo son a menudo síntomas de disfunción de los roles familiares, como malas relaciones de pareja, violencia doméstica, maltrato infantil, negligencia de cuidados; económicos; escolares, laborales, como el ausentismo y la baja productividad; y comunitarios, entre los que destacan ruidos, molestias, robos, peleas y conductas sexuales violentas y no protegidas.

El consumo excesivo de una sustancia también puede causar estados de intoxicación en el organismo y convertirse en una situación grave, siendo estas molestias gastrointestinales, estado de intoxicación por sustancias, deshidratación, taquicardia y ansiedad.

El consumo de sustancias psicoactivas en cualquiera de los integrantes del grupo familiar genera impacto negativo por las consecuencias adversas que esto puede generar en el otro, de las cuales se destacan el desacato a las normas establecidas por la familia, las dificultades en la comunicación, el incumplimiento o deserción de las actividades académicas o laborales, y la posibilidad de enfermar o morir. Dentro de las sustancias más consumidas se encuentran el alcohol (75,8%), tabaco (14,3%), marihuana (6%), cocaína (1,2%) y alucinógenos (0,08%).

De esta muestra el 53,6% ha consumido algún tipo de sustancia antes de ingresar a la universidad, teniendo problemas disciplinarios el 7,9% y el 16,3% ha pensado o intentado suicidarse. (Toro Ocampo, Restrepo Suarez, & Díaz Monsalve, 2017)

Queda claro que el consumo de sustancias es una problemática a nivel mundial donde las presiones sociales tienen un peso sustancial para las personas con tal de verse aceptadas dentro de la comunidad, es importante destacar el impacto negativo que tiene esta actividad en la salud mental, como puede llegar a afectar no solo a la persona que consume sino a todos aquellos que se encuentran en su contexto cercano.

Existe una gran variedad de afecciones que el consumo da como resultado, volviendo a citar el estudio llevado a cabo en México vemos que el consumo de sustancias afecta a la salud mental y física de las personas, teniendo un impacto significativo en los órganos y sistemas, donde las enfermedades más comunes asociadas al consumo de sustancias son SIDA, Hepatitis C, infecciones intravasculares (endocarditis), tos persistente, infarto agudo de miocardio,

isquemia miocárdica, hipertensión, arritmias, ictus, convulsiones, cefaleas, bronquitis: aguda y crónica, cáncer y cirrosis. Esto, junto con los comportamientos de riesgo (práctica sexual irresponsable, accidentalidad, conducta delictiva, suicidio, violencia intrafamiliar) asociados al consumo crónico de sustancias, pueden causar la muerte o la aparición de otro tipo de enfermedades. (Espinosa Muñoz, Orozco Ramírez, & Ybarra Sagarduy, 2015)

Por otro lado, una nueva investigación donde se buscó establecer un diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas como indicador de salud mental, en jóvenes escolarizados. La investigación es de enfoque cuantitativo, paradigma empírico-analítico, de tipo descriptivo y diseño de corte transversal.

La población estuvo constituida por 2104 estudiantes de secundaria de una I.E.D de la Comuna 5 del Distrito de Santa Marta, de la cual se tomó una muestra intencional no probabilística de 118 estudiantes de los Grados 9.º, 10.º y 11.º, de ambos sexos, con edades de 13 a 16 años. Se les aplicó la Prueba assist v3.1 de 8 ítems, que indican el riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido, en cuya validación obtuvo un $\alpha = 0,809$ para la escala total y $\alpha = 0,804$ basada en los elementos tipificados, lo que indicó una alta confiabilidad para este estudio. Los datos se procesaron mediante el software spss v18.0.

El análisis estadístico incluyó un análisis univariado para establecer los riesgos de consumo de los participantes, y un análisis bivariado mediante la prueba chi cuadrado para establecer la relación del riesgo de consumo según las variables edad, género y grado escolar. Se encontró que los jóvenes participantes presentan un nivel de riesgo alto para el consumo de alcohol (43 %), cigarrillos (11 %) y cannabis (3.3 %), siendo menos del 1 % para otras sustancias. Se concluye que el riesgo de consumo de alcohol depende de la edad actual y el grado escolar, pero no del género; que el consumo de tabaco es independiente del género, edad y grado escolar; y, que el riesgo de consumo de cannabis es independiente del género y el grado escolar, pero no de la edad.

Respecto a los resultados de la prueba aplicada, de la lista de 10 tipos de sustancias psicoactivas que evalúa la prueba, se hallaron niveles de riesgo de consumo importantes solo en tres sustancias: tabaco, alcohol y cannabis. presentaron riesgo alto para consumir tabaco el 11,02 %, para consumir alcohol el 43,22 % y para consumir cannabis el 0,84 %, de los estudiantes participantes.

Estos datos, destacan el riesgo alto para consumir alcohol y tabaco de los jóvenes escolares participantes, dos sustancias que suelen consumirse juntas, pero que a su vez se constituyen en dos sustancias legales que son la puerta de entrada a otras sustancias que generan mayor dependencia y daño en la salud física y psicológica.

El riesgo de consumo de tabaco, alcohol y cannabis es independiente del género, la edad actual y el grado escolar; es decir, que el riesgo de consumo no depende de estas variables, sino probablemente de otras diferentes, tales como la presión del grupo, el estado emocional o el convivir con amigos o familiares fumadores, entre otros.

Estos sujetos se encuentran expuestos a sufrir un rápido deterioro de la salud física y mental en la adultez, además de los problemas psicológicos y sociales que pueden derivar en sus relaciones interpersonales, de pareja y/o de familia. (Ferrel Ortega, Ferrel Ballestas, & Alarcón Baquero, 2016)

Queda claro que la edad de inicio de consumo suele ser la adolescencia, provocando una mayor susceptibilidad a al consumo de otras sustancias y las afecciones físicas y mentales. La adolescencia es una etapa importante en la vida de toda persona, suele determinar y condicionar el carácter de la persona y un gran factor determinante es el consumo de sustancias y el motivo por el que se suelen comenzar a consumir.

Siguiendo con la adolescencia, se presenta otro estudio donde el objetivo es presentar los resultados de una investigación secundaria acerca de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la población adolescente con enfermedad mental en comparación con los adolescentes que no padecen enfermedad mental.

Se toma como criterios de inclusión los adolescentes que oscilen entre los 12 y 18 años de edad, con diagnóstico psiquiátrico, consumidores de alguna sustancia psicoactiva. Se utilizó como método la práctica de enfermería basada en la evidencia (EBE) que se establece en cinco pasos: 1. Formulación de una pregunta en formato PICO que permita convertir esa información recopilada y que responda a esas necesidades, para así establecer las estrategias de búsqueda. 2. Búsqueda de información científica disponible 3. Análisis crítico de los datos. 4. Transferencia de la evidencia a la práctica clínica. 5. Evaluación. Donde, Persona o problema de interés (P): adolescentes. Intervención (I): el consumo de sustancias psicoactivas. Resultados esperados (O): favorece la aparición de enfermedades mentales. La pregunta clínica se plantea de la siguiente forma: ¿En los adolescentes, la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas favorece la aparición de enfermedades mentales?.

Los diferentes estudios refieren que la marihuana es una de las SPA más utilizada por los adolescentes, la cual tiene una gran relación con la esquizofrenia. Los adolescentes relacionan el uso con efectos como el aumento de sensaciones placenteras, mayor facilidad para la expresión de opiniones y sentimientos, aceptación por parte de sus iguales, aumento del rendimiento académico, laboral y deportivo, así como de la creatividad. Ante la falta de información real y certera que lleve a los adolescentes a reflexionar sobre las consecuencias del uso de SPA a corto o largo plazo, caen en preconceptos y valoraciones positivas de dichas

sustancias, lo cual puede ser determinante en la baja percepción de riesgo ante el consumo de SPA. En torno al tema, es importante rescatar que la actitud más favorable de los adolescentes al consumo de drogas será más elevada cuanto mayores sean los contactos con ambientes y compañías incitadores al consumo y los contactos con drogas mantenidos por los amigos, así como el consumo propio de drogas, y las manifestaciones de búsqueda de atención y conducta desviada.

Dado que las patologías adictivas y psiquiátricas representan uno de los desafíos más interesantes en el desarrollo de estrategias terapéuticas adecuadas en recursos asistenciales adaptados y por profesionales entrenados convenientemente, es importante para los profesionales en enfermería adquirir los conocimientos necesarios para establecer estrategias y brindar una atención integral desde la prevención hasta la desintoxicación.

Se concluye que los adolescentes con patología mental tienen una mayor prevalencia al uso de sustancias psicoactivas, hecho que se justifica por ser más vulnerables a la presión de pares, además de que buscan la aceptación por parte del grupo de iguales, por tanto, el querer vivir experiencias nuevas los puede llevar al consumo de SPA. En los estudios revisados se observó cómo ciertas patologías mentales se asocian al uso/ abuso de sustancias psicoactivas (SPA), tanto previo como posterior a ser diagnosticados con una patología mental.

La prevalencia del uso de SPA en adolescentes con patología mental según los estudios anteriormente revisados oscilan entre el 16% al 60%. (Marín Madrigal & Calderón Barboza, 2018)

Es evidente que el consumo genera cambios en la salud mental, y que los padecimientos de salud mental hacen a la persona más susceptible de consumir, se crearía un círculo vicioso que potencia tanto el consumo de sustancias como los padecimientos de salud mental.

Presentando otra investigación donde se realizó un estudio no experimental de tipo correlacional con la finalidad de determinar la relación entre la edad de inicio y el consumo actual de sustancias con los factores de riesgo asociados a ello en menores en conflicto con la ley.

La población de estudio estuvo conformada por adolescentes (de 14 a 17 años) sentenciados y que cumplían su condena en centros de readaptación para adolescentes de la región sureste de México, tanto de zonas urbanas como rurales.

Para el estudio se utilizó una muestra que estuvo conformada por 53 adolescentes procesados por diversos delitos de 2013 a 2016. La muestra tuvo una edad promedio de 16.3 (DE = 1.5 años) y un 94.3% eran hombres, 79.2% de la muestra reportó consumir alguna sustancia. En un periodo de un mes se llevó a cabo la revisión de los expedientes que van del mes de marzo de 2013 hasta febrero de 2017.

La información fue capturada a través de una base de datos digital que posteriormente fue analizada a través del software SPSS versión 23, considerando los siguientes análisis: variables que estén asociadas al inicio del consumo de sustancias y variables que estén asociadas al consumo actual de sustancias.

Los resultados arrojaron que el promedio de edad a la que inicia el consumo de sustancias de la muestra fue de 12.93 ± 2.05 años. Los estadísticos descriptivos de la sustancia de inicio mostraron que la droga de inicio más frecuente es el tabaco (52.5%), seguido de la marihuana (27.5%), el alcohol (17.5%) y, por último, los estimulantes (2.5%).

Los resultados señalan que, al controlar las demás variables incluidas en el modelo, en aquellos que cometen delito con violencia este se asocia con una disminución de hasta un 87% en la edad del consumo de sustancias cuando se compara con aquellos que cometieron un delito sin violencia.

Es decir, la mitad de los jóvenes que cometieron un delito sin violencia inicia su consumo aproximadamente a los 11 años, mientras que aquellos que cometieron un delito con violencia reportan una edad inicial de consumo posterior con una mediana de 14 años y la edad mediana de inicio de consumo de los procesados por un delito sexual fue de 16 años. (Vega-Cauich & Zumárraga-García, 2019)

El consumo puede llevar a las personas a cometer delitos de todas clases como se muestra en el pasado estudio, es un potenciador de los actos violentos.

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. La prevalencia de los episodios de ingesta masiva de bebidas alcohólicas entre los adolescentes de 15 a 19 años fue del 13,6% en 2016; el riesgo más elevado correspondió a los hombres.

El uso de tabaco y cannabis son preocupaciones adicionales. El cannabis es la droga más consumida entre los jóvenes, en 2018 aproximadamente el 4,7% de los jóvenes de 15 a 16 años la habían consumida al menos una vez. Muchos fumadores adultos consumieron su primer cigarrillo antes de los 18 años. La comisión de actos violentos es una conducta de riesgo que puede aumentar las probabilidades de que la persona tenga un bajo rendimiento educativo, sufra lesiones, participe en delitos o muera.

La violencia interpersonal fue clasificada en 2016 como la segunda causa de muerte entre los adolescentes de mayor edad. (OMS, 2020)

Además, como dice la OMS el órgano más afectado por el consumo de sustancias psicoactivas es el cerebro, pues ciertos procesos cognitivos y psicológicos como la emoción, la memoria y la motivación se muestran bastante comprometidos.

La problemática para desarrollar en esta investigación sería ¿Cuál es la relación entre el consumo de sustancias y la salud mental, según sexo y edad de los pacientes internados en un servicio de un hospital público durante el primer semestre del 2021?, se espera que pueda responder a ciertas hipótesis como: si existe una relación entre el consumo indebido de sustancias, tanto lícitas como ilícitas, y el estado de bienestar en los hombres y mujeres mayores de 18 años; El consumo indebido de sustancias provoca repercusiones negativas en la salud mental, incluyendo las capacidades personales, y física en las personas mayores de 18 años de ambos sexos y/o el consumo indebido de sustancias provoca repercusiones negativas en las relaciones sociales y en el desempeño laboral/escolar en las personas mayores de 18 años indiferentemente del sexo.

El objetivo principal es analizar la relación entre el consumo de sustancias y la salud mental, según sexo y edad, de los pacientes internados en un servicio de un hospital público durante el primer semestre del 2021. Y sus objetivos específicos son:

- Indagar en el consumo indebido de las sustancias utilizadas por los participantes
- Identificar si el consumo interfiere en la vida social y laboral/educativa de los participantes
- Identificar si el consumo indebido de sustancias provoca repercusiones negativas en la salud física y mental
- Descubrir si hay algún trastorno en la salud física o psíquica de los participantes y si estos tienen relación con el consumo de sustancias.
- Examinar el estado de bienestar de los participantes.
- Analizar la existencia de tensiones cotidianas de la vida.
- Identificar la edad y sexo de los pacientes.
- Valorar las capacidades personales y la productividad de los participantes

El propósito de esta investigación es encontrar estrategias de prevención y promoción del consumo de sustancias, además de realizar una devolución a la institución con los resultados obtenidos permitiéndoles realizar, crear o inventar nuevos procedimientos de enfermería que se adapten a los comportamientos de la población estudiada, es decir, poder otorgar conocimientos nuevos sobre estos sujetos que permitan una atención más específica hacia los mismos.

A largo plazo el propósito de este proyecto es que podamos mejorar nuestra práctica y observación de estos sujetos para poder asistirlos y cuidarlos óptimamente, teniendo en cuenta todos los trastornos secundarios que trae el consumo problemático de sustancias. Además, se puede utilizar para promover iniciativas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas y como promoción de la salud mental.

La relevancia de esta investigación se basa en entender a estas personas que consumen sustancias, su contexto histórico-social y como se relaciona este consumo con los problemas de salud física y, mayormente, mental que desencadenan.

Entender y desarrollar estos conocimientos permite, a los profesionales de salud, a ser mejores en la práctica, por lo que es altamente necesario que siempre se continúen adaptando los conocimientos a la realidad actual del mundo, país y principalmente, el contexto histórico-social con sus variadas culturas, que tienen un peso sustancial en la calidad de vida de las personas.

Marco Teórico

La salud mental tiene muchas teorías y paradigmas que se fueron desarrollando en distintos ámbitos de la salud a lo largo de los siglos, donde cada ámbito propone una definición distinta correlacionada con su tema de estudio en cuestión.

Para algunos autores lo referido a lo mental se define por las conductas y su posibilidad de condicionamiento (conductual), para otros por la red neuronal cerebral unida por neurotransmisores sinápticos (neurobiología), para aquellos por la capacidad de procesar y transformar la información (cognitivista), para aquellos otros por fuerzas inconscientes que subyacen tras el Yo de razón (psicoanalítico), para otros en fin por los sistemas de comunicación (sistémica), etc. (Capella, 2001)

Desde la perspectiva humanista-existencial la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

La salud mental depende de: cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en qué forma uno responde a las demandas de la vida. A través de él se puede proponer a las personas que trabajan en salud mental, que el tratamiento está dirigido no solo a la solución de problemas, sino más bien a la realización de la plena humanidad de cada individuo independientemente de sus limitaciones o sus logros. (Carrazana, 2013)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) intenta dar un enfoque multidisciplinario respecto a la salud mental, integrando aspectos psiquiátricos, psicológicos y sociales. La salud mental es la actividad de la conciencia, es afectividad, autovaloración personal y actividad de grupo, es voluntad, inteligencia, memoria, atención, pensamiento. La salud mental es parte integral e íntegra de la salud humana, es la esencia que determina el ser. (OMS, 2020)

La salud mental debe ser objeto de especial interés en todos los aspectos de la acción sanitaria y es un elemento importante de la atención primaria de salud. El abordaje de la psicología humanista-existencial respecto a la salud mental es de modo integral, considerando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales como un todo. Se ve al hombre como un todo; pero al referirse a la salud mental, se enfatiza en los aspectos positivos de las personas, sin que los síntomas impliquen un impedimento.

La salud mental parte de la tendencia a la actualización que cada ser humano tiene, tendencia al desarrollo personal de uno mismo, cada uno se desarrolla de acuerdo con sus

posibilidades y potenciales. Es salud mental seguir esta tendencia a la realización por medio del yo. (Carrazana, 2013)

La salud mental es el bienestar general de la manera en que piensas, regulas tus sentimientos y te comportas. A veces, las personas experimentan una importante perturbación en este funcionamiento mental. Puede haber un trastorno mental cuando los patrones o cambios en el pensamiento, los sentimientos o el comportamiento causan angustia o alteran la capacidad de funcionamiento de una persona. Un trastorno de salud mental puede afectar tu capacidad para lo siguiente: Mantener relaciones personales o familiares, funcionar en entornos sociales, desempeñarte en el trabajo o en la escuela, aprender a un nivel acorde a tu edad e inteligencia y participar en otras actividades importantes.

Las normas culturales y las expectativas sociales también desempeñan un papel en la definición de los trastornos de salud mental. No existe una medida estándar en todas las culturas para determinar si un comportamiento es normal ni cuándo se vuelve perturbador. Lo que puede ser normal en una sociedad puede ser motivo de preocupación en otra. (Clinic, 2019)

Un estudio identifica las relaciones de los trastornos de salud mental con la edad y el sexo. Los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. Para las mujeres, los trastornos más prevalentes en orden decreciente fueron las fobias, la depresión mayor, el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación. Mientras que, en los varones, los trastornos más prevalentes después de las fobias fueron: el trastorno negativista desafiante, el abuso de alcohol y el trastorno disocial

Las mujeres presentaron un mayor número de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno. Los padecimientos con mayor proporción de gravedad fueron los trastornos de ánimo y en menor proporción los trastornos ansiosos.

Este patrón fue similar para hombres y mujeres, sin embargo, existen diferencias en la proporción de casos graves entre ambos ya que las mujeres tuvieron una mayor proporción de casos de este tipo. Los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad y los trastornos de ánimo.

Además, los trastornos que se presentaron en edades más tardías fueron los trastornos por uso de sustancias. Las edades de inicio para los trastornos de ansiedad, ánimo y por uso de sustancias son similares entre los sexos, a diferencia de los trastornos de impulsividad en los cuales los hombres tienen edades de inicio más tempranas que las mujeres. (Corina Benjet, 2009)

La infancia y la adolescencia es un momento de gran importancia en la vida de las personas, suelen estar marcados por muchas experiencias nuevas que cada uno interioriza

según sus capacidades, esta subjetividad y la forma de lidiar con estas experiencias van a determinar la forma en que se desarrolle la salud mental de las personas a lo largo de toda su vida.

La OMS provee datos específicos sobre la salud mental comprendida en estas edades:

- Una de cada seis personas tiene entre 10 y 19 años de edad.
- Los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en las personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años.
- La mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes, pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan
- La depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre adolescentes a nivel mundial.
- El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 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 mental y limitan las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria.

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. Muchos comportamientos de riesgo para la salud, como el uso dañino de sustancias o las prácticas sexuales de riesgo, comienzan durante la adolescencia. Los comportamientos de riesgo pueden responder a una estrategia inútil para hacer frente a la mala salud mental, y además tener efectos muy negativos sobre el bienestar mental y físico del adolescente.

En todo el mundo, hay una gran prevalencia de los episodios de ingesta masiva de bebidas alcohólicas entre los adolescentes; el riesgo más elevado correspondió a los hombres. El uso de tabaco y cannabis son preocupaciones adicionales.

El cannabis es la droga más consumida entre los jóvenes. Muchos fumadores adultos consumieron su primer cigarrillo antes de los 18 años. La comisión de actos violentos es una conducta de riesgo que puede aumentar las probabilidades de que la persona tenga un bajo rendimiento educativo, sufra lesiones, participe en delitos o muera.

La violencia interpersonal fue clasificada como la segunda causa de muerte entre los adolescentes de mayor edad. Los factores de riesgo para el suicidio son muy variados, e incluyen el uso nocivo del alcohol, los abusos durante la niñez, la estigmatización de la búsqueda de ayuda, los obstáculos para recibir atención y el acceso a medios para llevarlo a cabo.

La información recibida a través de los medios digitales sobre comportamientos suicidas es una preocupación emergente para este grupo de edad.

Los trastornos que incluyen síntomas de psicosis emergen más comúnmente a finales de la adolescencia o principios de la edad adulta. Los síntomas de la psicosis pueden incluir alucinaciones o delirios. Tales experiencias pueden afectar gravemente a la capacidad del adolescente para participar en la vida diaria y la educación, y en muchos casos llevan a situaciones de estigmatización o a violaciones de los derechos humanos.

Los trastornos alimentarios aparecen habitualmente durante la adolescencia y el principio de la edad adulta. Son más comunes entre las mujeres que entre los hombres.

Afecciones como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones compulsivos se caracterizan por la adopción de comportamientos alimentarios perjudiciales, como la restricción de calorías o el atracón compulsivo. Los trastornos alimentarios son perjudiciales para la salud y, a menudo, coexisten con la depresión, la ansiedad y/o el abuso de sustancias.

Los trastornos emocionales surgen habitualmente durante la adolescencia. Además de la depresión o la ansiedad, los adolescentes con trastornos emocionales también pueden experimentar reacciones excesivas de irritabilidad, frustración o enojo.

Es posible que se superpongan los síntomas de más de un trastorno emocional, y que se den cambios rápidos e inesperados de estado de ánimo y arrebatos emocionales.

Los adolescentes más jóvenes también pueden desarrollar síntomas físicos relacionados con su situación emocional, como dolor de estómago, dolor de cabeza o náuseas. Los trastornos emocionales pueden afectar profundamente al rendimiento académico y la asistencia escolar.

El retraimiento social puede exacerbar el aislamiento y la soledad. En el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio. (OMS, 2020)

Los trastornos de salud mental no solo dependen de la edad sino también del sexo, ciertos padecimientos son más prevalentes en mujeres y otros en hombres.

La mayor prevalencia general y severidad de trastornos psiquiátricos en las mujeres comparadas con los varones sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para aquellas.

Existen teorías biológicas y psicosociales que pretenden explicar la mayor vulnerabilidad de las niñas en la etapa adolescente, entre ellas la teoría de la intensificación del rol de género, la exposición a mayor adversidad y la mayor reactividad del eje hipotálamo–pituitario–adrenal ante el estrés.

Los hallazgos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) de la población adulta entre 18 y 65 años de edad, mostraron diferencias por sexo en el patrón de los trastornos psiquiátricos en las que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar trastornos afectivos y ansiosos, y los hombres, mayor probabilidad de padecer trastornos por uso de sustancias.

En relación con los trastornos impulsivos, las diferencias por sexo son menos consistentes ya que aun cuando hay una mayor proporción de hombres que han presentado este tipo de trastorno alguna vez en la vida, esto no se observa durante el periodo de los últimos 12 meses. La ENEP además demuestra que los trastornos psiquiátricos se inician a edades muy tempranas durante las primeras décadas de vida.

Los datos de otros países sugieren que los patrones de diferencias por sexo en psicopatología varían durante diferentes etapas de la vida, lo cual se explica en parte por las diferentes edades de inicio de los distintos trastornos.

Las mujeres presentan un número mayor de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno: cualquier trastorno por ansiedad, cualquier trastorno de ánimo y cualquier trastorno de impulsividad (aunque este último se debe al trastorno negativista desafiante y no al trastorno disocial o por déficit de atención).

Los padecimientos con edades más tempranas de inicio son los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad, los trastornos de ánimo y con edades más tardías los trastornos por uso de sustancias.

Las edades de inicio para los trastornos de ansiedad (edad mediana de inicio seis años), ánimo (edad mediana de inicio 11 años) y por uso de sustancias (edad mediana de inicio 14 años) son similares entre los sexos.

Sin embargo, para los trastornos de impulsividad, los hombres tienen edades de inicio más tempranas que las mujeres. Esta diferencia de edades de inicio se debe principalmente al trastorno negativista desafiante cuando los hombres lo inician casi un año antes que las mujeres.

La adolescencia es una etapa muy importante del desarrollo humano, ya que entre otros aspectos es en donde se incuban muchos de los problemas de salud mental que se expresan en etapas posteriores, estos problemas influyen en el desarrollo educativo, laboral, relacional y el establecimiento de conductas de riesgo y hábitos de vida saludables.

Por otra parte, hombres y mujeres no somos iguales en las experiencias de vida y la expresión del malestar, por lo que es fundamental contar con información fidedigna de los patrones de psicopatología entre ambos sexos especialmente en una etapa en la cual aparecen con mayor claridad estas diferencias.

Estos hallazgos muestran una mayor prevalencia general y una mayor gravedad de los trastornos psiquiátricos en las adolescentes mujeres comparadas con los varones. Esto sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para ellas.

Mientras los hallazgos acerca de los trastornos afectivos y ansiosos son consistentes con lo reportado en la bibliografía internacional, no lo son en relación con los trastornos impulsivos, al haberse observado una mayor prevalencia de éstos en las adolescentes; sólo un estudio en adolescentes finlandeses reportó que las mujeres presentan mayor sintomatología internalizada y externalizada en comparación con sus pares varones.

En el presente estudio, las diferencias por sexo en los trastornos impulsivos no se deben a diferencias en la prevalencia del déficit de atención o del trastorno disocial, sino al trastorno negativista desafiante en las adolescentes.

Es interesante que no se observan diferencias de sexo en los trastornos por uso de sustancias, muestra de que las adolescentes de esta generación están alcanzando a los varones en el uso de sustancias.

Por otra parte, podría especularse que la mayor prevalencia y gravedad de los trastornos en adultos hombres probablemente se debe al aumento en el abuso y dependencia al alcohol en la edad adulta, lo cual afecta en mayor proporción a los varones. Además, un trastorno por uso de sustancias comórbido con algún otro podría complicar la gravedad de éste último, explicando la mayor gravedad de los demás trastornos en varones adultos. (Corina Benjet, Scielo, 2009)

Entonces, cuando hablamos de este tipo de circunstancias y factores asociados con la condición de ser hombre o ser mujer, ¿a qué nos estamos refiriendo?: ¿al sexo o al género? Recordemos que el sexo se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, y que el género, a su vez, alude al significado social construido en torno a dichas diferencias en contextos históricos particulares.

Así pues, el género como categoría hace referencia a una construcción simbólica mediante la cual ciertas características son atribuidas como pertenecientes a uno u otros sexos, lo que la configura como un eje primario de la formación de la identidad subjetiva y de la vida social que conlleva relaciones de desigualdad debido a la distribución inequitativa (evitable e injusta) de poder y recursos.

Lo "masculino" se ha considerado históricamente superior a lo "femenino", y las mujeres han sido ubicadas en una posición de vulnerabilidad (receptiva y pasiva) frente a los hombres (activos y agresivos). Esto ha propiciado una construcción de lo que podemos denominar una subjetividad "femenina" o "masculina", de manera tal que los comportamientos del sujeto mujer u hombre se perciben como atributos "naturales" que emanan de su fisiología corporal.

Es decir, el género es invisibilizado y el sexo se superpone como explicación de prácticamente todos los fenómenos humanos; usualmente se mencionan términos tales como, "así son los hombres" o "ésas son cosas de mujeres", de modo que parecen inevitables su permanencia y la resistencia al cambio.

En el campo más específico de la salud no queda muy claro qué diferencias son resultado de diferencias sexuales y cuáles se deben al género, excepto algunas relacionadas con la salud reproductiva.

En realidad, cada vez se hace más evidente que el cuerpo humano es demasiado complejo para proporcionar respuestas definidas sobre las diferencias sexuales.

Al hablar de género, en general se ha hecho referencia a las mujeres por la histórica situación de desigualdad que han padecido por este motivo, lo que por mucho tiempo dejó fuera de la investigación a los varones.

Es por ello que no sorprende que, a pesar de que cada vez hay un mayor reconocimiento de que el género es un factor sociocultural relevante en el comportamiento saludable o relacionado con la salud, la salud masculina rara vez se desconstruye a través de los lentes del género.

Todo lo anterior confirma la importancia de la investigación con perspectiva de género, lo que otra vez deja en claro que el género, como constructo social, y el sexo, como constructo biológico, son términos distintos, no intercambiables.

La literatura científica, particularmente en campos como la psiquiatría y otras disciplinas médicas, así como la psicología, con frecuencia los confunden y utilizan de manera intercambiable. (Ramos-Lira, 2014) Como señala Krieger: *"La relevancia de las relaciones de género y de la biología ligada al sexo en un resultado dado de salud es una pregunta empírica y no un principio filosófico; dependiendo del resultado bajo estudio, ninguno, ambos, o uno u otro pueden ser relevantes, ya sea independientemente o como determinantes sinérgicos. Por ello es fundamental clarificar conceptos y atender al sexo y al género para tener investigaciones válidas en salud"* (Krieger, 2003, pág. 4)

Las mujeres presentan prevalencias más altas y tienen más probabilidad que los hombres de sufrir depresión y ansiedad. Estos últimos presentan mayores prevalencias de abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias.

Las mujeres tienen más probabilidad de desarrollar un trastorno límite de la personalidad y trastornos de la alimentación, mientras que las prevalencias de trastorno de la conducta y de personalidad antisocial son más altas en los hombres.

En general, destaca el hecho de que las mujeres no solamente presenten tasas más elevadas de trastornos mentales que los hombres, sino también síntomas más graves y discapacitantes.

En México, uno de los principales factores psicosociales asociados a la depresión en la población es precisamente ser mujer, sobre todo si se es jefa de familia o si se dedica exclusivamente a las labores del hogar o a cuidar a algún enfermo.

Otros factores psicosociales de riesgo tienen que ver con el bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a condiciones de precariedad pues, si bien no existen diferencias significativas entre estratos socioeconómicos, aquéllos de nivel más bajo presentan depresión más grave), el desempleo (sobre todo en hombres), el aislamiento social, los problemas legales, las experiencias de violencia, el consumo de sustancias adictivas y la migración.

En general pareciera que las mujeres son más vulnerables a que su salud mental resulte afectada por ciertos factores sociales, aunque también cabe la posibilidad de que los hombres sub-reporten problemas de salud mental por su dificultad para buscar ayuda si los aqueja algún malestar emocional.

Asimismo, se ha señalado que en ellos la depresión puede estar "escondida" detrás de comportamientos adictivos y de riesgo, así como detrás de la irritabilidad e impulsividad. Así como para la depresión ser mujer se configura como un factor de riesgo, ser hombre cumple el mismo papel para la violencia.

Las formas y manifestaciones más comunes del estigma estructural sobre los trastornos mentales desde la perspectiva del personal de salud y de los usuarios en tratamiento ambulatorio, en este sentido destacan los resultados de las percepciones de los usuarios sobre el motivo de su padecimiento, la vulnerabilidad social: precarias condiciones de vida, violencia y consumo de sustancias, y la falta de una red de apoyo.

Sus hallazgos muestran también que el género incide en estas experiencias de malestar y enfermedad mental: las mujeres son más víctimas de violencia de género y los hombres consumen más alcohol.

Las principales fuentes de estigma desde su punto de vista son la familia y el personal de salud. Éste último les otorga poca credibilidad y las descalifican si reportan alguna experiencia, incluso de violencia o de abuso sexual, como si no fueran dignas de confianza y como si su padecimiento las llevara a mentir o a falsear información.

Por otro lado, el estigma hacia la enfermedad mental afecta a los usuarios, pero también al personal de salud, como se abunda en el artículo. La pobreza y la falta de recursos para poder recibir una adecuada atención constituyen variables estructurales que inciden, al igual que el género, en la manifestación de los padecimientos psiquiátricos.

Es así comprensible, mas no justificable, que el personal de salud experimente impotencia e incertidumbre ante la gran cantidad de problemas que les plantean los usuarios, lo que puede llevar a la desatención o a la indiferencia, manifestaciones de desgaste profesional.

Ahora bien, muchas son las barreras institucionales que este personal observa para el ejercicio de su actividad laboral, desde aspectos físicos, hasta en términos de recursos humanos y capacitación.

El papel del estado es también cuestionado por lo que se percibe del mismo en la salud mental, así como que se reconocen las condiciones de inequidad social en su población. Hablar de salud mental no se circunscribe sólo a los pacientes aquejados por una patología específica, sino que también toca al conjunto global de la población.

Es una realidad que las consultas de atención primaria reciben cada vez más visitas de pacientes que acuden con una sintomatología más o menos difusa de malestar emocional. Se trata, en la mayoría de los casos, de alteraciones leves o trastornos adaptativos relacionados con la psicobiografía de cada persona y con la realidad social, económica, familiar y geográfica que nos ha tocado vivir. Este disconfort no supone necesariamente una patología, aunque, sin embargo, conlleva un grado de desazón importante para las personas que lo padecen que hace muy conveniente su atención y tratamiento.

Los principales detonantes de los malestares emocionales de las participantes se asocian con las preocupaciones cotidianas (como falta de dinero, problemas con los hijos y violencia intrafamiliar) y, en otros casos, con la vivencia de experiencias traumáticas de violencia y abuso sexual, pasadas y presentes, lo que concuerda con los estudios sobre el tema.

Dichos malestares se expresan como intranquilidad, nerviosismo, irritabilidad, desesperación y cambios constantes de humor, así como con algunas dolencias físicas.

Estas mujeres no consideran que la consulta médica sea el espacio idóneo para hablar de lo que les preocupa en su día a día, ya que los tiempos de consulta son muy cortos y muchas

veces los médicos carecen de las habilidades y los conocimientos necesarios para otorgar una adecuada atención.

Aunado a lo anterior, estas mujeres tienden a no hablar de sus preocupaciones y sufrimientos por vergüenza o miedo a que las regañen o juzguen. Cabe destacar que tampoco se les pregunta al respecto.

Así, en los discursos de las usuarias resulta evidente la necesidad de recibir una escucha más sensible y empática por parte del personal, en especial el médico.

Todo esto refleja la gravedad de la situación que viven estas mujeres, circunstancia que habría que considerar para mejorar los servicios de salud a los que deberían tener derecho y acceso.

Estos servicios deben incluir la atención a problemas de salud mental, como la depresión y el abuso de alcohol, drogas y tabaco, e incorporar intervenciones especializadas en abusos en la infancia y en la violencia de pareja y laboral.

Por otro lado, el malestar emocional de los hombres que ejercen violencia se expresa en dolores musculares, insomnio, pesadillas y cambio en las conductas habituales como manifestaciones de estrés.

Estos hombres presentan antecedentes de violencia, ya sea porque fueron testigos de la violencia entre sus padres, o porque sufrieron violencia directa, que fue mayoritariamente de tipo emocional.

El empleo, la falta de él o una mala remuneración se encuentran entre los factores que mencionan como asociados con su malestar.

Además, estos hombres perciben que el sistema de salud no cubre sus necesidades, lo que les genera enojo, impotencia y estrés, pues consideran que la situación no va a cambiar.

Asimismo, tienen una opinión negativa sobre los programas y los funcionarios gubernamentales. Dicen sentirse engañados en este sentido y que estos aspectos macro-sociales afectan directamente sus ingresos. (Ramos-Lira, 2014)

El uso de psicoactivos con fines terapéuticos, recreativos y sacramentales es tan antiguo como la propia Humanidad. A lo largo de casi todo el siglo XX, el uso de sustancias psicoactivas con fines no médicos ha dado lugar a varias crisis sociales y sanitarias de distinta intensidad.

Pero el primer problema con el que nos encontramos a la hora de valorar el fenómeno de las drogas es la dificultad para encontrar una definición adecuada. Los términos drug (en inglés) y drogue (en francés) se utilizan indistintamente para definir fármacos de prescripción como sustancias psicoactivas sin utilidad terapéutica.

Según la Organización Mundial de la Salud, droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. Esta definición es poco útil e inexacta, ya que engloba fármacos de prescripción, sustancia psicoactiva, muchas plantas, sustancias químicas o tóxicos para el organismo.

El término droga de abuso define mejor lo que coloquialmente entendemos como droga: “sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas”.

Así, la diferencia entre una droga y un fármaco no viene dada por criterios farmacológicos, químicos o médicos, sino por dos pequeños matices de tipo instrumental y social: el que sea el propio individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica y que el objetivo sea distinto al de la curación de una patología.

De hecho, algunas sustancias pueden ser consideradas drogas o fármacos según el contexto: los esteroides son en principio fármacos de prescripción pero si son utilizadas en gimnasios para mejorar el rendimiento físico se considerarían drogas.

Aunque las objeciones que se pueden hacer a esta definición son múltiples, es la más comúnmente aceptada y la que utilizaremos al referirnos a las drogas en este curso. Un matiz importante es que la definición “droga de abuso” hace referencia a sustancias.

Así, supuestas patologías como la “adicción” al móvil, Internet, el sexo, los videojuegos, las compras y otras “adicciones sin sustancia” deben considerarse como problemas de conducta o educación y no como drogodependencias.

Por otra parte, la ludopatía es un trastorno más relacionado con falta de control de impulsos que con la dependencia a las sustancias (de hecho las clasificaciones DSM-IV y CIE-10 la clasifican junto a la tricotilomanía, piromanía o cleptomanía) y cuyo abordaje es distinto al del consumo de las drogas.

Puede visibilizarse las dificultades que entraña definir el término “droga” y algo parecido sucede a la hora de establecer una clasificación.

Se puede mostrar varias formas de ordenar las sustancias, cada una de ellas con sus propios problemas y limitaciones. Una primera clasificación hace referencia a su status legal, distinguiendo entre drogas legales e ilegales. El alcohol, el tabaco y el café son drogas permitidas por la mayoría de los países occidentales.

El resto de las drogas se encuentran sometidas a distintas regulaciones legales. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (organismo dependiente de la ONU para el

control de las drogas) distingue cuatro listas con distintos grados de restricción (la Lista I agrupa sustancias “sin ningún uso médico aceptado, que pueden generar adicción con rapidez y que suponen graves riesgos para la salud” y las listas III y IV hace referencia a drogas supuestamente menos peligrosas y más fácilmente accesibles), esta clasificación no responde a criterios médicos, farmacológicos o toxicológicos sino a cuestiones de índole política y moral.

Con respecto a su origen, se pueden distinguir las drogas naturales (las que aparecen de forma espontánea en la naturaleza, en general hongos o vegetales) de las sintéticas (aquellas que requieren de procesos físicos o químicos para su preparación).

El uso de plantas con fines embriagantes, rituales o terapéuticos es tan antiguo como la propia Humanidad. Pero la distinción entre lo natural y lo sintético no es tan sencilla: por un lado para obtener determinadas sustancias es necesario usar procesos físicos o químicos (por ejemplo: la obtención de la cocaína a partir de la hoja de coca, la extracción del hachís a partir de la marihuana).

Pero además muchas drogas de las llamadas sintéticas (como la LSD o el éxtasis/MDMA) tienen sus precursores inmediatos en productos de origen vegetal. Algunos autores distinguen entre drogas duras (aquellas que producen graves riesgos para la salud) y drogas blandas, supuestamente menos peligrosas (alcohol, el tabaco y cannabis).

Pero el hecho objetivo es que la morbilidad, mortalidad y gasto sanitario asociadas al alcohol y el tabaco es mucho mayor que el de todas las demás drogas ilegales juntas. Quizá la forma más práctica de clasificar las drogas es aquella que se refiere a sus efectos. Por un lado están los estimulantes: sustancias que activan el Sistema Nervioso Central (SNC) (cocaína, anfetaminas, cafeína).

Por otro están los depresores: drogas que disminuyen el grado de actividad del SNC: alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, GHB. Finalmente hay un tercer grupo de sustancias que producen alteraciones perceptivas, los psicodélicos (mal llamados alucinógenos): LSD, psilocibina, ketamina.

Una de las características más importantes de algunas drogas de abuso es su capacidad para producir problemas de dependencia. Hábito, adicción, drogodependencia, drogadicción, son términos coloquiales utilizados para lo que el manual DSM-IV define como dependencia a sustancias: conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

En el paciente dependiente existe un patrón de autoadministración repetida que a menudo lleva a la tolerancia, síntomas de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

En resumen, el individuo ha perdido el control sobre la sustancia y su consumo se convierte en la máxima prioridad en su vida, abandonando otros aspectos. El síndrome de abstinencia es el conjunto de signos y síntomas que aparecen al cesar bruscamente el consumo de una sustancia, y que desaparece al volverla a consumir.

Los cambios neuroadaptativos que se producen en el SNC como consecuencia de la administración habitual de algunas drogas de abuso es la base fisiológica de este fenómeno. En general, son necesarios varias semanas o meses de administración cotidiana para producir cambios neuroadaptativos que desencadenen un síndrome de abstinencia si se deja de utilizar la droga de forma brusca.

Estos síntomas producen malestar y llevan al individuo a recaer en el consumo para aliviarlos o evitar su aparición. El síndrome de abstinencia debe diferenciarse del fenómeno de rebote (aparición de sintomatología al abandonar un tratamiento de forma brusca, por ejemplo: corticoides).

El término inglés *craving* hace referencia a un deseo extremadamente intenso e irrefrenable de autoadministrarse una sustancia.

Algunas drogas como el alcohol, el tabaco o la cocaína tienen más facilidad para provocar este fenómeno en personas dependientes o consumidores habituales. El *craving* puede aparecer semanas o meses después de haber abandonado el consumo y superado el síndrome de abstinencia agudo.

Se denomina tolerancia a la necesidad progresiva de administrar cantidades crecientes de una sustancia para conseguir el efecto deseado.

Otra forma de definir este concepto es el efecto obtenido tras la administración de una misma cantidad de sustancia, que disminuye claramente con el consumo continuado.

La tolerancia obliga a incrementar la dosis para alcanzar el mismo efecto. En ocasiones puede presentarse un fenómeno contrario al de la tolerancia: tolerancia inversa. La respuesta a una pequeña dosis es exagerada o desproporcionada.

Este fenómeno se ha descrito fundamentalmente con los estimulantes. Los fenómenos de dependencia, intoxicación y abstinencia no aparecen en todas las sustancias.

La frecuencia con la que se presenta cada uno de los trastornos tampoco es la misma: el diagnóstico de dependencia al alcohol, opiáceos o nicotina es mucho más prevalente que la dependencia a cannabis o alucinógenos, que se presentan de forma excepcional.

Como se puede observar, el término dependencia se refiere a un cuadro clínico cuyos criterios son muy estrictos y estadísticamente poco frecuente. Más habitual es encontrarnos ante cuadros de abuso: consumos de una sustancia psicoactiva que dañen o amenacen con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo.

El uso de drogas, en contraposición al abuso, es aquel patrón de consumo en el que no se producen consecuencias negativas para la salud, no aparecen problemas individuales ni dependencia. Los problemas que conlleva el uso de drogas son de índole social (multas por tenencia o consumo en la vía pública) y de tipo social.

El uso de algunas drogas como el alcohol y, en menor medida el tabaco y el cannabis, gozan de una mayor tolerancia a nivel social en la población general. En población general (la comprendida entre 15 y 64 años) las drogas legales son las que presentan mayores prevalencias de consumo.

El alcohol es el psicoactivo de consumo más extendido. Las bebidas de consumo más extendido fueron la cerveza, el vino y los combinados por este orden, tanto en fines de semana como en días laborables.

El tabaco es la segunda droga en cuanto a prevalencia de consumo, el número medio de cigarrillos consumidos diariamente por los fumadores habituales es de 15,7. Con respecto a las drogas ilegales, los derivados del cannabis (hachís, marihuana) son las drogas ilegales de consumo más prevalentes.

El resto de las drogas ilegales (cocaína, anfetaminas, éxtasis y derivados, alucinógenos) presentan prevalencias de consumo significativamente inferiores en población general. Conviene destacar la diferencia entre el consumo experimental (“alguna vez en la vida”) y el habitual (que se correlaciona con el indicador “alguna vez en el último mes”)

Para todas las drogas, las prevalencias de consumo en el grupo de edad entre adultos jóvenes (15-34 años) son mucho más elevadas que entre las personas de mayor edad.

Otras drogas como la heroína, otros opiáceos o inhalantes volátiles presentan prevalencias de consumo muy bajas en población general. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las encuestas a población general no son un buen método para estimar la prevalencia de consumo de estas sustancias: el acceso a muchos consumidores socialmente marginados puede ser complicado y la precisión de las estimaciones es más baja cuando disminuye mucho la prevalencia de consumo.

Con respecto al alcohol, en la población de 15-64 años se aprecia una tendencia a la estabilización en el consumo. Entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ha aumentado el consumo intenso, que suele centrarse en el fin de semana.

En este grupo destaca la sustitución del patrón de consumo tradicional mediterráneo (uso habitual de cantidades moderadas de bebidas de baja graduación en entorno familiar) por usos menos frecuentes, centrados en el fin de semana, pero en el que se utilizan grandes cantidades de bebidas de alta graduación.

La cocaína y el cannabis son las dos drogas cuyas prevalencias de consumo han aumentado de forma más clara en la última década. Este incremento se observa en todos los segmentos de población, pero es más acusado entre los adolescentes y jóvenes. El consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se mantiene estable, sin que pueda apreciarse una tendencia clara.

A nivel general el consumo de estas sustancias es bajo, pero su uso es entre 4 y 8 veces más frecuente en jóvenes (15-34 años) que en personas entre 35 y 64.

El patrón de consumo más habitual de estas sustancias es el ocasional o esporádico, asociado a espacios de ocio y en el seno de policonsumo de distintas sustancias.

Las drogas de inicio más precoz son, por este orden, el tabaco, el alcohol y el cannabis. El resto de las drogas ilegales presentan una edad media de inicio al consumo más elevada.

De forma general, las prevalencias de consumo en todas las sustancias y en todos los rangos de edad son más elevadas en varones que en mujeres.

La edad de inicio también suele ser más baja entre los varones. Las diferencias son menos acusadas en alcohol, tabaco y cannabis, y entre la población más joven. Las diferencias de género en consumo de tabaco han disminuido en la última década.

El mayor incremento de consumo diario de tabaco corresponde al grupo de mujeres entre 35 y 64 años. Por otra parte, y en el grupo de 14 a 18 años, el consumo de tabaco es mayor en mujeres que en varones.

Por otra parte, el uso de hiposedantes sin receta médica es también más prevalente entre mujeres que entre varones en cualquier edad, incluso en población escolar de 14 a 18 años. Existen tres elementos clave que nos permiten valorar si un determinado consumo supone más o menos riesgos.

La sustancia o sustancias consumidas es uno de ellos, pero existen otros dos que son igualmente importantes: el individuo que las utiliza y el contexto en el que se realiza el consumo.

Otro factor a considerar siempre es la frecuencia del consumo, distinguiendo entre consumos episódicos (experimentales u ocasionales) y consumos sistemáticos (habituales o compulsivos).

Es importante distinguir entre los consumos recreativos (aquellos asociados a espacios de ocio, típicos del fin de semana) y los instrumentales (en los que se persigue un fin determinado: rendir más en el trabajo, evitar síndrome de abstinencia).

También es importante tener en cuenta la elevada frecuencia con la que se presenta el policonsumo de distintas sustancias: por ejemplo, en consumidores de heroína es frecuente la asociación con alcohol, tabaco y benzodiazepinas; en consumidores de drogas de uso recreativo también el policonsumo es habitual. Ya se ha visto las características de las sustancias.

Sobre el individuo: Existen características propias de cada persona que es necesario tener en cuenta al evaluar un consumo de drogas:

- Sexo: Existen diferencias biológicas que pueden dar lugar a efectos distintos de las sustancias en hombres y mujeres. Las mujeres tienen una mayor susceptibilidad a los efectos de drogas como el alcohol o el éxtasis (MDMA), necesitando de menores cantidades para alcanzar efectos. Con excepción de las benzodiazepinas, los consumos de todas las drogas son más prevalentes en varones que en mujeres.

El embarazo y la lactancia son dos circunstancias en la vida de una mujer en las que el consumo de cualquier droga está absolutamente contraindicado.

- Edad: Los primeros contactos con drogas (tanto legales como ilegales) suelen producirse a lo largo de la segunda década de la vida. El riesgo de desarrollar abuso o dependencia hacia una sustancia es mayor cuanto más precoz sea el contacto con ella. Un objetivo preventivo de primera magnitud será retrasar en lo posible el contacto con las drogas.
- Pauta de consumo: Según la frecuencia de consumo se va haciendo más intensa, el desarrollo de tolerancia farmacológica (necesidad de incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos) se hace más probable, lo que aumenta también los efectos secundarios y tóxicos.

El entorno: El consumo de drogas debe entenderse como un fenómeno dinámico, en constante evolución y social. En el entorno inmediato del sujeto (dimensión microsocia) puede valorarse qué factores familiares predisponen o protegen del consumo de drogas y cómo influyen sobre la persona factores como la escuela o el grupo de iguales.

La dimensión mesosocia hace relación a la influencia de los entornos en los que se mueve el individuo en sus actividades (ocio, intimidad). Los patrones generales de cultura, valores, sistema social, legislación, etc., constituyen la dimensión macrosocia. Existen distintos tipos de consumo, los cuales son:

- Consumo experimental: El individuo realiza ensayos, fundamentados generalmente en la curiosidad, en una o varias ocasiones, sin intención explícita de repetir posteriormente el consumo; se trata de un primer contacto con la droga, pudiendo no volver a retomar el consumo o evolucionar hacia otros patrones de consumo
- Consumo ocasional: El individuo sabe lo que puede obtener de una droga y a veces recurre a ella; este tipo de consumo puede permanecer así toda la vida, retroceder, o evolucionar hacia un patrón de consumo sistemático.
- Consumo habitual: El individuo consume drogas de una forma más o menos habitual, con una frecuencia más o menos periódica.
- Consumo compulsivo, aquel que no puede ser controlado por el individuo, bien porque es incapaz de abandonarlo, por miedo al síndrome de abstinencia, o bien porque una vez que se inicia es llevado a cabo de modo compulsivo. (Gálligo)

El posicionamiento teórico se apoyará en Hildegard Peplau, quien desarrollo la teoría de las relaciones interpersonales, que se basa en los cuidados de la enfermería psicodinámica, siendo para ello necesario comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, aplicando así los principios de las relaciones humanas.

La enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

Se espera que a partir de los conocimientos generados en esta investigación podamos entender mejor y profundamente las conductas de las personalidades de estos sujetos con padecimientos de salud mental relacionados al consumo de sustancias.

Para Peplau “la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad, el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria. Es un importante proceso interpersonal y terapéutico”

El consumo de sustancias crea alteraciones en la salud mental que no se presentarían en estos individuos si elimináramos esta variable.

Por lo tanto, conocer y entender la conducta de esta población va a permitir ofrecer una ayuda mayor y mejor enfocada según la necesidad de cada unidad. Por eso es importante conocer cómo se interrelacionan el consumo de sustancias con la salud mental de los individuos, ya que existe una distinción de estos con aquellos que no consumen ningún tipo de sustancias

Esto va a educar, va a hacer crecer los conocimientos y la productividad será más grande para poder dar el mejor cuidado a estas unidades de análisis con estas características específicas.

Si bien la salud mental puede ser alterada por otros motivos, existe una realidad, en los consumidores, donde se desarrollan ciertas alteraciones. Conocer estos cambios va a permitir entender a estas personas a un nivel más profundo y este entendimiento va a contribuir a evitar los problemas que puedan llegar a surgir por la ignorancia de estos conocimientos.

Material y Métodos

Diseño Metodológico

La investigación comprende un abordaje cuantitativo ya que el mismo es secuencial y probatorio, lo que significa que siguen un orden detallado y riguroso en el planeamiento de su diseño y plan de trabajo con cronograma.

El tipo de estudio es observacional no exploratorio, descriptivo, transversal y prospectivo. El diseño no experimental u observacional es aquel donde se observará una realidad ya existente, en este caso la realidad sería la salud mental y el consumo de sustancias de los participantes. Es sistemático y empírico.

Este diseño se basa en determinar cuál es la relación entre variables en un momento dado, las variables complejas que se estudiarán son salud mental (dependiente) y consumo de sustancias (independiente). Es una investigación descriptiva ya que tienen por objeto determinar cómo es la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en los participantes del estudio, describen lo que está pasando sin preguntarse porque la situación es así. Es transversal ya que la recolección de datos se realizará en un momento único y es prospectivo ya que la recolección de datos se llevará a cabo a través de datos primarios en el momento, lo que se refiere a la recolección de datos directamente de las unidades de análisis, por medio de encuestas autoadministradas.

Sitio y Contexto

El sitio se estudió por medio de un instrumento de creación propia de esta autora, el cual podrán observar en el Anexo I, el objetivo del mismo fue comprobar los criterios de elegibilidad del sitio, los cuales fueron la presencia de departamento de salud mental, ingreso de pacientes con trastornos de salud mental y de consumo de sustancias.

El efector elegido es una institución pública de segundo nivel de atención de dependencia municipal, el cual trabaja en red articulando los diferentes niveles de atención sobre los objetivos planteados desde la Secretaria de Salud Pública Municipal. La misma cuenta con servicio de Salud Mental, que posee una guardia activa de 8 a 18 hs y una guardia pasiva, articulada para toda la red municipal, para el resto del día. Además, cuenta con consultorios externos con turnos programados para salud mental y un Área Dedicada de trabajo interdisciplinario para establecer normas generales y estrategias de tratamientos para los pacientes con padecimientos subjetivos.

Se encuentra ubicado en la zona norte de la ciudad de Rosario y es accesible por diversas líneas de colectivos desde cualquier parte de la ciudad.

El hospital cuenta con 32 camas de internación de sala general dispuestas de la siguiente manera:

- Sala 1 (sala de hombres): sala pabellón de 12 camas (planta baja)
- Sala 2 (sala de mujeres): sala pabellón de 12 camas (planta baja)
- Sala 3 (sala de aislamientos): 4 habitaciones de 2 camas en cada una de ellas, donde 2 habitaciones son para aislamientos respiratorios y 2 habitaciones para aislamientos de contacto (planta alta)

Si bien por su estructura edilicia son salas separadas, las 3 conforman un único servicio de internación.

En el Anexo III podrán observar la justificación del sitio para la investigación.

Población y Muestra

La población son todos los pacientes internados en el servicio público de atención que cuenten con características de trastornos salud mental y consumo de sustancias, según género y edad.

La población total de pacientes internados con estas características durante el año 2019 fue de 120, con una frecuencia de ingreso muy irregular, sin patrón marcado, lo que si existe es una leve tendencia hacia los fines de semana y horarios nocturno con relación al consumo de sustancias.

El tipo de muestreo será no probabilístico, ya que se desconoce el número de la población total. La técnica de muestreo a implementar va a ser accidental, ya que la selección de las unidades de análisis es por conveniencia o comodidad del investigador en los días y horarios que frecuentaría la institución, busca individuos con determinadas características.

Las unidades de análisis son cada uno de los pacientes que se encuentren internados en la institución durante el primer semestre del año 2021 donde se constate el consumo de drogas lícitas o ilícitas cuya edad comprenda de 18 a 65 años, excluyendo aquellos pacientes que presenten un trastorno de salud mental desde la infancia. Además, se excluye a los pacientes que estén transitando una desintoxicación mayor a 6 horas desde el momento de ingreso.

Los resultados de esta investigación no podrán ser generalizables a otras poblaciones fuera de la muestra tomada. Una muestra no probabilística no permite la generalización de los datos ya que no hay posibilidades de conocer todos los elementos que conforman la población.

Técnicas e Instrumentos

Operacionalización:

Variable 1: Salud Mental: Es una variable compleja cualitativa de función dependiente, con una escala de medición nominal

Definición conceptual: 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 es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dimensiones:

- Dimensión 1: Estado de Bienestar: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS)

Indicadores:

- Ha vivido situaciones estresantes. Cómo por ejemplo: Desempleo, enfermedad grave de un allegado, muerte de un familiar/amigo, entre otras
 - Tiempo libre para el ocio y entretenimiento
 - Actividad física
 - Presencia de ansiedad y/o depresión
 - Descanso apropiado. Teniendo en cuenta que se necesitan 8 horas de sueño sin interrupciones para lograr un sueño reparador.
 - Capacidad de concentración y atención
 - Evacuación vesical e intestinal normal
 - Mareos y/o desmayos
 - Sensación de paranoia (Sensación de que va a suceder algo, constantemente vigilando sus alrededores sin razón, se alarma exageradamente)
 - Alimentación y apetito normales (4 comidas diarias)
 - Sentimientos de tristeza, abatimiento, desesperanza o culpa sin razón aparente
 - Presencia de ideas suicidas o de autodegradación
 - Participación de algún grupo/club o actividad de entretenimiento
 - Relaciones personales
 - Sentimiento de pertenencia en sus relaciones
- Dimensión 2: Capacidades Personales: son las habilidades con las que cuenta una persona para desarrollarse en la vida cotidiana

Indicadores:

- Sentimiento de conformidad
- Seguridad personal

- Autoestima
- Autonomía y/o Independencia
- Memoria
- Capacidad para tomar decisiones
- Dimensión 3: Tensiones cotidianas de la vida: situaciones de estrés cotidianas
 - Indicadores:
 - Sentimiento de no poder afrontar las tensiones del día a día, o que las situaciones lo sobrepasan (Agobio)
 - Angustia sin razón específica
 - ¿Se siente irritable o inquieto ante las mínimas adversidades?
- Dimensión 4: Trabajo productivo: buen desempeño laboral/escolar
 - Indicadores:
 - Tiempo dedicado al trabajo/estudio
 - Relaciones laborales dentro y fuera del lugar de trabajo
 - Ansiedad o preocupación sobre el trabajo
 - Ingreso económico

Variable 2: Consumo de sustancias: Es el consumo indebido de sustancias lícitas o ilícitas con repercusiones negativas en la salud física, mental, social o laboral.

Es una variable cualitativa compleja, de función independiente, con una escala de medición ordinal.

Dimensiones:

- Dimensión 1: Consumo indebido de sustancias lícitas o ilícitas: Es el consumo continuo de alcohol, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre
 - Indicadores:
 - Tipos de sustancias (lícita o ilícita)
 - Frecuencia de consumo
 - Momento de inicio de consumo
 - Cambios en el estado del ánimo por no conseguir o tener sustancias
- Dimensión 2: Repercusiones negativas en la salud física o mental: Consecuencias negativas en la salud
 - Indicadores:
 - Irritación y/o inquietud
 - Ansiedad y/o nerviosismo
 - Cambios físicos

- Problemas de salud física, Cómo por ejemplo: Tos, cefalea, mareos, náuseas, dolor abdominal, entre otros.
- Dimensión 3: Repercusiones negativas sociales: Consecuencias negativas en las relaciones sociales
 - Indicadores:
 - Problemas en las relaciones sociales relacionados al consumo
 - Consumo indebido en reuniones familiares
 - Consumo indebido en fiesta/evento/entretenimiento
- Dimensión 4: Repercusiones negativas laborales: Consecuencias negativas en el desempeño laboral
 - Indicadores:
 - Consumo indebido en el trabajo/colegio y/o antes de ir a trabajar/estudiar
 - Ausencia en clases/trabajo por no estar en condiciones de asistir.

Variable 3: Edad: Es una variable cuantitativa continua simple, de función independiente y se mide con una escala de razón. En el indicador se registrará la edad que los sujetos refieran sin discriminar ningún grupo etario.

Variable 4: Sexo: Es una variable cualitativa simple, de función independiente y se mide con escala nominal. El indicador será Masculino/Femenino

La técnica que se llevará a cabo será la de encuesta, ya que se espera recolectar datos de fuentes primarias, directamente desde las unidades de análisis. El instrumento que se utilizará será el cuestionario, creado por Frederick J Kelly en 1914 como el primer cuestionario de respuestas con opciones múltiples. Se utilizarán preguntas cerradas con varias opciones de respuestas y con preguntas estilo multi respuesta. Esta elección se basó en que este instrumento requiere un menor esfuerzo por parte de los encuestados, es más fácil y requiere menos tiempo para contestar las preguntas, además de que resulta menos agobiante. También le permite al investigador precodificar las respuestas.

Se empleará un cuestionario autoadministrado individual, sin intervención por parte del investigador. Se va a utilizar la escala Likert, creada por Rensis Likert en 1932, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala.

El instrumento utilizado es de creación propia de la autora, comienza con una introducción del objetivo del estudio seguido por los aspectos éticos considerados y las instrucciones para su llenado, contiene 33 preguntas relacionadas a la salud mental y al consumo de sustancias, además de las preguntas relacionadas al contexto propio de cada unidad de análisis (edad,

sexo). Las preguntas relacionadas a la salud mental están enfocadas en el estado de bienestar, las capacidades personales, las tensiones de la vida cotidiana (estrés) y el trabajo productivo. En cuanto al consumo de sustancias se indaga en el tipo de sustancias consumidas, cantidad, momentos, lugares donde se consume y las repercusiones negativas en la salud física, mental, social y laboral. El mismo se podrá observar en el anexo II.

Los principios éticos que se tuvieron en cuenta son los de Beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia. Con respecto al principio de beneficencia se basó en que la investigación no dañe a ningún participante, incluyendo preservar su estructura psíquica, mediante la confidencialidad de los datos. Además de asegurarles que en ninguna circunstancia los datos obtenidos serán revelados ni difundidos, respetando el anonimato de los participantes.

Se espera que la investigación aporte nuevos conocimientos y que estos puedan beneficiar ampliamente a la sociedad, se respeta la identidad humana de los participantes por medio de los derechos de autodeterminación e información completa. Ellos serán los que decidan si quieren o no participar de la investigación, el momento en el que se retiren de la misma o si quieren rehusarse a dar información específica si considera que invade su privacidad.

Para todo esto se utilizará un documento de consentimiento informado, detallando la descripción de la investigación y de la participación de cada uno, los riesgos y beneficios, la explicación de confidencialidad y de que la participación es voluntaria y que pueden retirarse en cualquier momento de la investigación si así lo deciden. Se ha tenido en cuenta el derecho de los sujetos a un trato justo y a preservar su identidad con el anonimato, además de evitar cualquier tipo de riesgo físico o mental que pueda ocasionarles la investigación.

La prueba piloto fue realizada con el objetivo de comprobar la validez y confiabilidad del instrumento. Debido al contexto de pandemia que estamos atravesando en este momento, el instrumento se aplicó por medio virtual a una población externa al efector elegido, dentro de mi círculo cercano, a quienes se les explico el objetivo del estudio, los cuales tienen características similares a la población de estudio seleccionada. Los resultados de la misma se pueden observar en el anexo IV.

En el Anexo II podrán observar el Consentimiento Informado incluido en cada instrumento.

Los datos se recolectarán por medio de fuentes primarias en la sala de internación de la institución los días lunes, miércoles, viernes y sábado de por medio. Entre las 8 y 13 horas. En el caso de pacientes que se programen para desintoxicación, se lo abordara dentro de las primeras 6 horas desde el momento de ingreso.

No se adiestrarán colaboradores para la recolección de datos, los mismos serán recabados por la autora de esta investigación de forma presencial. Los controles y amenazas que se han tenido en cuenta son la improvisación, que el instrumento sea inadecuado para las unidades de análisis, las condiciones de aplicabilidad, la falta de estandarización y los aspectos mecánicos del instrumento.

Con respecto a la improvisación, se elaboró un instrumento con exactitud acerca de las variables y con la teoría que la sustentan. Para evitar que el instrumento sea inadecuado se empleó un lenguaje claro, sin tecnicismos, adaptándose a la población. Para las condiciones de aplicabilidad, que se refieren al contexto donde la unidad de análisis va a contestar el cuestionario, se deberá lograr un lugar tranquilo, sin distracciones y/o interrupciones, donde el sujeto se sienta cómodo, contenido y que se respete su privacidad, además de que se debe evitar que sea un cuestionario largo y tedioso. Con respecto a la falta de estandarización, se contraloría a través de las instrucciones, claras y precisas, a todos los participantes, sin alterar el orden de las preguntas, y siguiendo un orden jerárquico de las respuestas.

Por último, los aspectos mecánicos se solucionarán con una clara explicación de cómo llenar el cuestionario, haciendo aclaraciones sobre las instrucciones necesarias para completarlo.

Plan de análisis

El tipo de análisis de datos es cuantitativo ya que se les dará una escala numérica precodificada a las preguntas del cuestionario

La reconstrucción de las variables complejas se llevará a cabo por medio de una precodificación de los ítems del cuestionario, a través de la escala Likert, que mide actitudes y nos permite conocer el grado de consumo o padecimiento de salud mental. Esta escala aplica una serie de códigos a cada respuesta. Las puntuaciones de las escalas de Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto de cada frase o pregunta. Por ello se denomina escala aditiva.

Las puntuaciones de la escala Likert irán del 1 al 5, siendo el 5 siempre y el 1 nunca. Para aquellas preguntas con 3 respuestas el valor será de 1 a 3, siendo el 3 para todos y el 1 para ninguno. Y con respecto a las preguntas de respuestas múltiples se le pondrá el valor de 1 para cada opción, los cuales se sumarán en caso de haber varios ítems marcados.

Para la reconstrucción de las variables se procedió a dividir el cuestionario en dos, siendo una parte dedicada al consumo de sustancias y la otra a la salud mental.

Se suman todos los resultados del cuestionario, siendo el valor mínimo posible de consumo de sustancias 13 y el valor máximo de 60. Un resultado del 13 al 25 representa un bajo

consumo de sustancias y de 45 a 60 un alto consumo de sustancias respectivamente, teniendo como intermedio de 26 a 44 donde el consumo sería moderado.

Para salud mental el valor mínimo posible es de 18 y el valor máximo de 90. Esto representaría que mientras mayor es el valor menor es la tendencia a trastornos de la salud mental y viceversa.

Un resultado de 18 a 40 representa una alta tendencia a padecimientos de salud mental, mientras que un resultado de 60 a 90 representa una baja tendencia para afecciones de salud mental, teniendo como intermedio los valores de entre 41 a 59 que representarían una tendencia moderada o nula para los trastornos de salud mental.

Por otro lado se suman todas las respuestas y se divide por la cantidad de preguntas, este valor resultante me va a representar la relación entre el consumo de sustancias y los trastornos de salud mental, la escala va del 1 al 10, siendo el 1 como no hay relación entre ambas variables y el 10 como si hay relación entre ambas variables.

Para el análisis estadístico de los datos se van a utilizar estadísticas descriptivas que sirven para describir y sintetizar los datos. Por medio de una presentación de datos bivariados que describe las relaciones entre dos variables.

Variables:

Salud mental: escala nominal, hay dos o más categorías del ítem o la variable. Las categorías no tienen orden ni jerarquía. Solo identifican una diferencia en la variable. Se utilizará la estadística descriptiva de distribución de frecuencia para observar y comparar por medio de un gráfico de torta los distintos indicadores, además de un gráfico de barras adosada para comparar el sexo con relación a los indicadores de salud mental y un gráfico de barras simple para la edad.

Consumo de sustancias: escala ordinal, existe una jerarquía, un orden. No es lo mismo un participante que no consume con uno que si consume, o uno que consume solo tabaco a uno que consume sustancias ilícitas. Las pruebas estadísticas a utilizar para esta variable serán la distribución de frecuencia con un gráfico circular para el tipo de sustancias consumidas, además de un gráfico de barras adosadas para comparar el sexo con los indicadores de consumo de sustancias y un gráfico de barras simples para la edad.

Edad: escala de razón, siguen un orden lógico, sin intervalos. Se utilizará la prueba estadística de la media para determinar el promedio de edad que se representara con un gráfico de barras simples y el modo se utilizara para determinar cuál es la edad más frecuente.

Sexo: escala nominal dicotómica, hay dos categorías que identifican una diferencia en la variable. Se sacará un promedio sobre el total de participantes, cuantos son mujeres y cuantos son hombres. Se representará en un gráfico de torta.

Para la tabulación y análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico de SPSS v. 26.0

Cronograma y plan de trabajo

Cronograma

Enero

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
					1 Feriado	2
3	4 Recolección de datos	5	6 Recolección de datos	7	8 Recolección de datos	9 Recolección de datos
10	11 Recolección de datos	12	13 Recolección de datos	14	15 Recolección de datos	16
17	18 Recolección de datos	19	20 Recolección de datos	21	22 Recolección de datos	23 Recolección de datos
24	25 Recolección de datos	26	27 Recolección de datos	28	29 Recolección de datos	30
31						

Febrero

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	1 Recolección de datos	2	3 Recolección de datos	4	5 Recolección de datos	6 Recolección de datos
7	8 Recolección de datos	9	10 Recolección de datos	11	12 Recolección de datos	13

14	15 Recolección de datos	16	17 Recolección de datos	18	19 Recolección de datos	20 Recolección de datos
21	22 Recolección de datos	23	24 Recolección de datos	25	26 Recolección de datos	27
28						

Marzo

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	1 Recolección de datos	2	3 Recolección de datos	4	5 Recolección de datos	6 Recolección de datos
7	8 Recolección de datos	9	10 Recolección de datos	11	12 Recolección de datos	13
14	15 Recolección de datos	16	17 Recolección de datos	18	19 Recolección de datos	20 Recolección de datos
21	22 Recolección de datos	23	24 Recolección de datos	25	26 Recolección de datos	27
28	29 Recolección de datos	30	31 Recolección de datos			

Abril

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
				1	2 Recolección de datos	3 Recolección de datos
4	5 Recolección de datos	6	7 Recolección de datos	8	9 Recolección de datos	10

11	12 Recolección de datos	13	14 Recolección de datos	15	16 Recolección de datos	17 Recolección de datos
18	19 Recolección de datos	20	21 Recolección de datos	22	23 Recolección de datos	24
25	26 Recolección de datos	27	28 Recolección de datos	29	30 Recolección de datos	

Mayo

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
						1 Recolección de datos
2	3 Recolección de datos	4	5 Recolección de datos	6	7 Recolección de datos	8
9	10 Recolección de datos	11	12 Recolección de datos	13	14 Recolección de datos	15 Recolección de datos
16	17 Recolección de datos	18	19 Recolección de datos	20	21 Recolección de datos	22
23	24 Recolección de datos	25	26 Recolección de datos	27	28 Recolección de datos	29 Recolección de datos
30	31 Recolección de datos					

Junio

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
		1	2 Recolección de datos	3	4 Recolección de datos	5
6	7 Recolección de datos	8	9 Recolección de datos	10	11 Recolección de datos	12 Recolección de datos
13	14 Recolección de datos	15	16 Recolección de datos	17	18 Recolección de datos	19
20	21 Recolección de datos	22	23 Recolección de datos	24	25 Recolección de datos	26 Recolección de datos
27	28 Recolección de datos	29	30 Recolección de datos			

Julio

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
				1 Reconstrucción de Variables	2 Reconstrucción de Variables	3
4	5 Composición de las pruebas estadísticas	6 Composición de las pruebas estadísticas	7 Análisis de los resultados	8 Análisis de los resultados	9 Análisis de los resultados	10
11	12 Armado del Informe Final	13 Armado del Informe Final	14 Armado del Informe Final	15 Armado del Informe Final	16 Armado del Informe Final	17

18	19 Armado del Informe Final	20 Armado del Informe Final	21 Armado del Informe Final	22 Armado del Informe Final	23 Armado del Informe Final	24
25	26 Revisión Final	27 Revisión Final	28 Revisión Final	29 Revisión Final	30 Presentación del Informe Final	31

Plan de Trabajo

Durante el primer semestre del año 2021, lo que equivaldría a los meses entre enero y junio de dicho año se llevara a cabo la recolección de datos en la institución pública elegida.

Durante el mes de julio se procederá al análisis, con la codificación y reconstrucción de las variables, además de la presentación de los datos y de las pruebas estadísticas utilizadas. Además de terminar y revisar el informe final.

Para cada día de recolección de datos será necesario contar con transporte personal, entre 5 y 10 cuestionarios, cuyo costo individual es de \$5 y lapiceras para su llenado.

Para la reconstrucción de las variables será necesario disponer de un programa informático para la codificación y reconstrucción de los datos.

Para cada parte del proceso pre y post recolección de datos será necesario de disponer de una computadora o notebook con acceso a Microsoft Word para la integración del informe. Microsoft es una empresa privada cuyo costo ronda los \$1000 anuales.

Anexos

Anexo I

Guía de convalidación de sitio

1. ¿la institución autoriza la recolección de datos?
2. ¿la institución permite la publicación de los resultados de la investigación?
3. ¿la institución cuenta con departamento de salud mental?
4. ¿hay en todo momento psicólogo o psiquiatra de guardia?
5. ¿llega población con trastornos de salud mental?
6. ¿se ha registrado ingreso de población con problemas relacionados al consumo de sustancias?
7. En caso de que los motivos de ingreso no estén relacionados con el consumo de sustancias, pero que se registre que existe un consumo en esos sujetos, ¿se toma alguna medida ante esto?
8. ¿la institución cuenta con espacios de contención para la población que acude al servicio por problemas relacionados al consumo de sustancias?
9. ¿cuenta con población con trastornos de ansiedad y/o depresión?
10. Según los trastornos de salud mental o de consumo de sustancias, ¿hay mas predominio de hombres o mujeres?
11. ¿ingresan urgencias relacionadas al consumo de sustancias?
12. ¿la institución cuenta con una población tanto femenina como masculina?
13. ¿la población que ingresa a la misma comprende las edades de entre 18 y 65 años?
14. ¿Con que frecuencia ingresan sujetos con trastornos de salud mental? ¿y con problemas de consumo de sustancias?
15. ¿Existe una aproximación estadística del número de pacientes internados, de la población en estudio (sujetos con padecimientos de salud mental y/o consumo de sustancias) que esté registrada dentro de la institución?
16. ¿Cuenta con equipo interdisciplinario para tratar a estos sujetos con padecimientos subjetivos?
17. Estos sujetos, cuentan con apoyo y acompañamiento durante todo el proceso de internación? ¿Se mantiene una evolución del mismo?
18. Breve caracterización del sitio

Anexo II

Consentimiento Informado:

Se deja constancia que la persona acepta voluntariamente, sin coerción, coacción o intimidación alguna, y está de acuerdo en realizar el siguiente cuestionario. Puede rehusarse a responder cualquier pregunta que crea atenta contra sus derechos o privacidad, puede retirarse en cualquier momento que lo desee si siente que se está atentando contra su persona. Todos los datos serán utilizados anónimamente, ninguno será revelado o difundido. Su participación va a proveer de gran ayuda y beneficio para la atención de sujetos que cursen situaciones relacionadas al trato y manejo del consumo de sustancias o a los padecimientos subjetivos. Nada de lo aquí revelado va a utilizarse contra la persona.

Se les agradece su cooperación y participación.

Firma:

Cuestionario:

Introducción: Es una investigación que busca analizar la relación entre el consumo de sustancias y la salud mental, según sexo y edad, de los pacientes internados en un servicio de un hospital público durante el primer semestre del 2021.

Edad:

Sexo: Femenino

Masculino

Marcar con una cruz (X) la respuesta elegida

	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Consume sustancias lícitas					
Consume sustancias ilícita?					
Señale que sustancias consume: Alcohol Tabaco Marihuana Cocaína LSD Alucinógenos Fármacos Otros: ¿Cuál? _____					
La falta de consumo le provoca irritabilidad o inquietud					
Ha experimentado cambios en el estado de ánimo					
Ha experimentado cambios físicos					
Consume cuando tiene eventos familiares					
Consume cuando tiene que ir a trabajar/estudiar					
Consume cuando tiene eventos o fiestas					
Ha dejado de asistir a algún lugar por haber estado consumiendo					

	Todos	Algunos	Ninguno
Los miembros de su grupo familiar consumen			

Los miembros de su grupo de amigos consumen			
---	--	--	--

Comenzó a consumir:	
En su casa	
En la escuela	
En el barrio	
En el club	
En una fiesta	
Otro: ¿Dónde? : _____	

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Vive situaciones estresantes					
Tiene tiempo libre para el ocio y entretenimiento					
Realiza actividad física					
Duerme y descansa bien (8 horas de sueño)					
Siente ansiedad					
Tiene problemas para concentrarse					
Va al baño con regularidad (1 a 3 veces al día)					
Sufre mareos					
Se alimenta correctamente (4 comidas al día)					
Siente tristeza, abatimiento, desesperanza o culpa sin razón aparente					
Ha tenido ideas suicidas o de autodegradación					
Se siente conforme con usted mismo					
Se considera una persona segura de sí misma					
Se considera una persona independiente y autónoma					
Ha tenido dificultad para recordar cosas					
Ha tenido dificultad para decidir cosas					
Tiene buena relación con sus familiares					
Tiene un grupo de amigos con los que se reúne fuera del ámbito laboral/educativo					

Luego de la prueba piloto se realizaron ciertos cambios (ver anexo 4) en el cuestionario, quedando como resultado:

Edad:

Sexo: Femenino

Masculino

Marcar con una cruz (X) la respuesta elegida

	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Consume sustancias legales					
Consume sustancias ilegales					
Señale que sustancias consume:					
Alcohol					
Tabaco					
Marihuana					
Cocaína					
LSD					
Alucinógenos					
Fármacos					
Otros: ¿Cuál? _____					
La falta de consumo le provoca irritabilidad o inquietud					
Ha experimentado cambios en el estado de ánimo					
Ha experimentado cambios físicos					
Consume cuando tiene eventos familiares					
Consume cuando tiene que ir a trabajar y/o estudiar					
Consume cuando tiene eventos o fiestas					
Ha dejado de asistir a algún lugar por haber estado consumiendo					
			Todos	Algunos	Ninguno
Los miembros de su grupo familiar consumen					
Los miembros de su grupo de amigos consumen					
Comenzó a consumir: (se puede elegir más de una opción)					

En su casa						
En la escuela						
En el barrio						
En el club						
En una fiesta						
Otro: ¿Dónde? : _____						
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
Vive situaciones estresantes						
Tiene tiempo libre para el ocio y entretenimiento						
Realiza actividad física						
Duerme y descansa bien (8 horas de sueño)						
Siente ansiedad						
Tiene problemas para concentrarse						
Va al baño con regularidad (1 a 3 veces al día)						
Sufre mareos						
Se alimenta correctamente (4 comidas al día)						
Siente tristeza, abatimiento, desesperanza o culpa sin razón aparente						
Ha tenido ideas suicidas o de autodegradación						
Se siente conforme con usted mismo						
Se considera una persona segura de sí misma						
Se considera una persona independiente y autónoma						
Ha tenido dificultad para recordar cosas						
Ha tenido dificultad para decidir cosas						
Tiene buena relación con sus familiares						
Tiene un grupo de amigos con los que se reúne fuera del ámbito laboral y/o educativo						

Anexo III

Justificación de sitio

La institución autoriza la recolección de datos y permite la publicación de los resultados de la investigación. La misma cuenta con una población tanto femenina como masculina y las edades van desde los 14 años como mínimo sin límite superiores.

La institución cuenta con un servicio de Salud Mental conformado por su Jefa de Servicio del área (Psicóloga) y por un equipo de Psicólogos y Psiquiatras. Este servicio aborda al sujeto con padecimientos subjetivos bajo lineamientos generales de atención y estrategias de trabajo definidos desde la Dirección de Salud Mental perteneciente a la Secretaría de Salud Pública (SSP). (Es un Hospital de dependencia Municipal y se trabaja en red) Los horarios de permanencia en el hospital del servicio de Salud Mental son de 8 a 18hs de lunes a viernes. En el resto de los horarios existe una guardia pasiva que brinda la red municipal como soporte de atención. Dicha guardia su base no es en el hospital, ya que deben brindar respuestas a toda la red, por tal, las dificultades en las que nos encontramos en ocasiones son:

- Acuden al hospital solo en caso de que el sujeto de atención se encuentre bajo una profunda crisis subjetiva (excitación psicomotriz, delirios, autolesiones, agresividad, etc.)
- El tiempo de respuesta ante situaciones de crisis subjetiva profunda es prolongado, ya sea por la distancia entre su base y el hospital o porque en ocasiones al llamarlos se encuentran en otro efector dando respuestas de atención (es un único equipo de guardia para toda la red municipal).

Llega población con trastornos de salud mental y cada año se evidencia un aumento de las internaciones por padecimientos subjetivos. Además se ha registrado ingreso de población con problemas relacionados al consumo de sustancias, donde predominan las internaciones a causa de consumo de alcohol, psicofármacos y sustancias ilícitas mayormente relacionadas a cocaína.

El abordaje a sujetos con padecimientos subjetivos requiere una intervención particular según la situación de cada uno que lo requiere, por esto mismo no existen “protocolos de acción predeterminados como con otras patologías físicas/orgánicas”. Los protocolos de abordajes en Salud Mental expresan normas generales de atención donde incluye cierto consenso entre ambas partes. Con esto lo que pretendo decirte es que, como primera medida se aborda el motivo particular de ingreso, por ejemplo, supongamos una psicosis, el objetivo primordial al momento será disminuir esta situación dolorosa para quien la vive, si durante el tratamiento se detecta que la psicosis es producto del consumo de cocaína, una vez que exista una cierta estabilidad psíquica, se intenta consensuar un tratamiento entre ambas partes para que abandone el consumo. Esto será como una “segunda etapa” (por así llamarlo) de tratamiento al sujeto, que podrá ser de manera continuada en la misma internación, o pautada para una internación programada posterior al alta. La decisión de desintoxicación y “abandono de ciertos

hábitos” necesariamente requiere de la voluntad, esfuerzo y deseo del sujeto que consume más allá de los deseos del equipo de salud. En algunas experiencias que hemos tenido, de intentar “imponer” que el sujeto no consuma, siempre se obtuvieron resultados negativos, el sujeto en la primera oportunidad que tiene se va del hospital, se auto-externa

El hospital cuenta con consultorios externos para los sujetos que demanden atención en relación a su salud mental donde se otorgan turnos programados. Será siempre el mismo profesional el que siga su tratamiento. Además cuenta con población con trastornos de ansiedad y/o depresión, ya sea por consultorios externos o en internación. Este tipo de padecimientos (ansiedad/depresión) en lo que respecta a la internación, hay un fuerte predominio en mujeres. Situación inversa ocurre para las internaciones por consumo, ya que predominan en el sexo masculino.

Con respecto a las internaciones, del 100%:

- Un 70% son mujeres con motivos de internación predominante y relacionados a cuadros de depresión (autólisis, ingesta medicamentosa, intento de suicidio)
- Un 30% son varones, con predominio de internación como producto de sobredosis, tratamiento para desintoxicación (alcohólica o por drogas), cuadros de excitación psicomotriz, psicosis (producto del consumo de drogas)

Durante el año 2019 se registraron 120 internaciones por padecimientos subjetivos, de las cuales el 50% aproximadamente son referidas al consumo de sustancias, ya sea por internaciones para desintoxicación como deseo del sujeto de abandonar el consumo o como producto de cuadros agudos a causa de sobredosis o ingesta medicamentosa.

La frecuencia de ingreso es muy irregular, no hay un patrón marcado, lo que si existe es una leve tendencia hacia los fines de semana y horarios nocturno en relación con el consumo de sustancias.

Ingresan urgencias relacionadas al consumo de sustancias, sobre todo en horarios nocturno o los fines de semana.

Existe en el hospital un servicio de estadísticas que nos brinda información sobre el número de pacientes internados que este registrado dentro de la institución, a su vez tanto el Servicio de Salud Mental como el Jefe de Sala de enfermería posee estadísticas sobre diferentes datos que consideran relevantes para el servicio. Como dije anteriormente en el año 2019 se registraron 120 internaciones por padecimientos subjetivos.

En el hospital se encuentra un dispositivo denominado “Área Dedicada” el cual está conformado por: Psicólogo, Psiquiatra, Jefe de Enfermería y un enfermero asistencial de sala de internación y un enfermero de sala de guardia, Jefe Médico de internación, Jefa Médica de la Guardia y Jefa de Trabajo Social. Este dispositivo tiene pautado reuniones semanales con la intención de:

1. Establecer normas generales de atención a sujetos con padecimientos subjetivos.

2. Coordinar estrategias de tratamiento a los sujetos internados por padecimientos subjetivos.
3. Como el hospital pertenece a una red de atención, muchas veces existe solicitud de internación desde APS, ante este pedido, se presentan los miembros representantes del Centro de Salud solicitante de la internación y presentan el “caso” al dispositivo, y entre ambas partes se analiza si dicha internación corresponde o si debiese ser un tratamiento desde lo ambulatorio.

Si la situación requiere una internación, se evalúan diferentes aspectos que acompañen el tratamiento, por ejemplo:

- Se evalúa que la internación responde al interrogante “para qué” y no al “por qué”.
- Conocer si tiene acompañamiento de la familia, quien cumple el “rol” de responsable en el ámbito familiar
- Mayormente son reinternaciones, por tal, se indaga sobre los “fracasos” y “logros” de las internaciones pasadas.
- Se evalúa el espacio físico de internación, como dije anteriormente las salas son tipo pabellón, pueden ocurrir situaciones en las que no puede llevar adelante una cierta “convivencia” en un mismo espacio ya sea como producto de alucinaciones, delirios, etc. o porque la situación amerita una cierta privacidad que no puede brindar el pabellón. Ante esta situación y si existe la disponibilidad de habitaciones libres en sala 3 se decide su internación en ella.
- Se evalúa el día y momento de internación si la situación no requiere una internación de urgencia. Por ej, si se interna un paciente que tiene el deseo de desintoxicación con el objetivo de abandonar el consumo, se intenta internar los primeros días de la semana, ya que dentro de las primeras 72hs es el momento más crítico de la abstinencia, el objetivo es que este momento de crisis no la curse los fines de semana que es cuando el sistema se encuentra más endeble.
- Se evalúa la necesidad o no contar con el acompañamiento de Asistentes Terapéuticos para cada caso en particular. Si se decide su necesidad se debe tramitar el pedido a la Dirección de Salud Mental a la SSP. Este acompañamiento es de lunes a viernes 4 horas al día.
- Para los Asistentes Terapéuticos existe un cuaderno de novedades en el cual escriben todo lo referido al día. Este cuaderno está a disposición de todo el equipo de salud.

Mayormente luego del pase de sala del servicio de salud mental se acercan al office de enfermería y se charla con los enfermeros presentes las estrategias de atención, situaciones a valorar, ciertas “alertas” y lógicamente se nutren de los aportes que enfermería les brinda en

cuanto a evolución, “situaciones” y “actitudes” del paciente con respecto al tratamiento. (2 veces a la semana esto seguro ocurre).

Cada “caso” de internación por salud mental es una situación “única” con entornos y contextos diferentes que llevan al sujeto a ese “estado”, por tal, existe un importante acompañamiento desde el servicio de Trabajo Social ya que se intenta optimizar los tiempos de internación, no sólo para la “utilidad” de camas, sino que prolongar innecesariamente una internación agrega un impacto negativo sobre la salud mental del sujeto.

El hospital cuenta con 32 camas de internación de sala general dispuestas de la siguiente manera:

- Sala 1 (sala de hombres): sala pabellón de 12 camas (planta baja)
- Sala 2 (sala de mujeres): sala pabellón de 12 camas (planta baja)
- Sala 3 (sala de aislamientos): 4 habitaciones de 2 camas en cada una de ellas, donde 2 habitaciones son para aislamientos respiratorios y 2 habitaciones para aislamientos de contacto (planta alta)

Si bien por su estructura edilicia son salas separadas, las 3 conforman un único servicio de internación.

El hospital es un efector de segundo nivel de atención de dependencia municipal, por tal, se trabaja en red articulando los diferentes niveles de atención sobre los objetivos planteados desde la Secretaría de Salud Pública Municipal.

Las amenazas que se controlaron durante la convalidación de sitio fueron la inestabilidad del ambiente experimental y la historia. La inestabilidad hace referencia a las condiciones ambientales, las mismas deben ser iguales para todos los participantes. La historia se refiere a los eventos o acontecimientos que puedan ocurrir durante la investigación y que afecte o influya a los participantes, para controlar esta amenaza se debe asegurar que todos los participantes experimenten los mismos eventos, por esta razón las unidades de análisis no deben estar transitando una desintoxicación avanzada, ya que eso les haría experimentar eventos que no todos los participantes podrían experimentar.

Nota autorización para la convalidación de sitio:



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

---Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que PERRET, MARIA EVANGELINA
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 23 días de Noviembre 2020

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar


Acosta, Silvio



Nores, Rosana

Anexo IV

Resultados de la prueba piloto

La prueba piloto se realizó en cuatro personas que cumplen con las características de la población en estudio, fueron seleccionadas dentro del círculo cercano del investigador debido al contexto de pandemia que se está viviendo, las mismas fueron realizadas en forma virtual.

Por medio de esta prueba se controlaron las amenazas de inestabilidad del instrumento, administración de pruebas e instrumentación. La inestabilidad hace referencia a la confiabilidad del instrumento. La administración de pruebas se refiere a que la aplicación del instrumento antes de la investigación influya en las respuestas de los individuos cuando se vuelve a administrar la prueba durante el estudio, esto se soluciona teniendo pruebas equivalentes y confiables, que no sean las mismas y que los individuos que se comparen sean equiparables, se realiza, por esta razón, la prueba piloto en otro sitio, para que no afecte a los individuos del estudio. Y la instrumentación se refiere a la equivalencia de los cuestionarios, se debe aplicar la misma prueba a todos los individuos participantes.

La prueba piloto ha dado información sobre aspectos que plantearon dudas al momento de su llenado, entre ellos el más notorio fue la falta de conocimiento sobre el significado de las palabras licita e ilícita, por lo que se decidió cambiarlo a un lenguaje más conocido, terminando en legal e ilegal. El cuadro de “señale que sustancias consume” le presento duda a esta autora ya que no hay divisiones regladas, por lo que no se entiende la ubicación real de la X marcada. En las referencias de trabajo y estudio en primera instancia se observa cómo trabajo/estudio, se remarcó la atención de que son dos dominios distintos y que podrían llegar a generar conflicto en alguien, por lo que se decidió remarcar la diferencia quedando como trabajo y/o estudio.

Nota autorización para la prueba piloto:



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

---Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que PERRET, MARIA EVANGELINA
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 24 / 11 2020

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Rosana Nores

Nores, Rosana

Elvira

PERRET, M. EVANGELINA

Bibliografía

Bibliografía

- Capella, A. (2001). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000400001
- Carrazana, V. (2013). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001
- Clinic, M. (2019). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/mental-health/art-20044098>
- Corina Benjet, G. B.–M. (2009). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200008
- Corina Benjet, G. B.–M. (2009). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200008
- Espinosa Muñoz, M. C., Orozco Ramírez, L. A., & Ybarra Sagarduy, J. (2015). *Redalyc*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58239891007>
- Ferrel Ortega, F. R., Ferrel Ballestas, L. F., & Alarcón Baquero. (Julio-Diciembre de 2016). *Redalyc*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297248896004>
- Gálligo, F. C. (s.f.). *Comsegovia*. Obtenido de ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SEGOVIA: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: What are the connections — and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*.
- Marín Madrigal, C., & Calderón Barboza, J. (Enero-Junio de 2018). *Redalyc*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44854610008>
- OMS. (28 de septiembre de 2020). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Ramos-Lira, L. (Julio-Agosto de 2014). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001
- Toro Ocampo, J. H., Restrepo Suarez, Y., & Díaz Monsalve, L. E. (2017). *Redalyc*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239058067008>

Vega-Cauich, J. I., & Zumárraga-García, F. M. (2019). *Redalyc*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315060291003>