

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON DEPENDENCIA A
LA MARIHUANA EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA
VEGA. ABANCAY - 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

MÍLADE ROBLES IPENZA

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE PRESIDENTE
- MG. BRAULIO PEDRO ESPIOZA FLORES SECRETARIO
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

ASESORA: DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 143-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 21 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

Índice

	Pág.
PORTADA	1
ÍNDICE	2
AGRADECIMIENTO	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
1.1. Descripción del Problema	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes	9
2.1.1. Antecedentes Internacionales	10
2.1.2. Antecedentes Nacionales	10
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Cannabis, cannabinoides y su consumo	12
2.2.2. El cannabis su consumo a largo plazo y dependencia	15
2.2.3. Sus componentes psicoactivos del consumo de la marihuana	17
2.2.4. El consumo de marihuana y su neurobiología	18
2.2.5. La interacción entre genética y medio ambiente	19
2.3. Marco Conceptual	20
2.3.1. La drogodependencia	20
2.3.2. Factores de riesgo	23
2.3.3. El consumo y motivaciones	24
2.3.4. El consumo de sustancia y detección temprana	24
2.4. Definición de término	25
CAPÍTULO III: PLAN DE INTERVENCIÓN DE CUIDADO DE ENFERMERIA	27
3.1. Plan de intervención de enfermería	27
3.1.1. Valoración	27
3.1.1.1. Datos de filiación	27
3.1.1.2. Datos personales	27
3.1.1.3. Motivo de consulta	27
3.1.1.4. Enfermedad actual	28
3.1.1.5. Antecedentes	28

3.1.1.6. Examen físico	28
3.1.1.7. Valoración según modelo de clasificación de dominios y clase	28
3.1.1.8. Esquema de valoración	31
3.2. Diagnóstico de enfermería	32
3.2.1. Lista de hallazgos significativos	32
3.2.2. Diagnóstico de enfermería según datos significativos	33
3.2.3. Esquema de diagnóstico de enfermería	35
3.3. Planificación	36
3.3.1. Objetivos	36
3.3.2. Esquema de planificación	37
3.4. Ejecución y Evaluación	38
3.4.1. Registro de enfermería	38
3.4.2. Ejecución	39
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	52

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, por los conocimientos brindados a lo largo de estos años de segunda especialidad.

A mi docente de informe académico, Mg. Vanessa Macha Álvarez, por motivarme constantemente en el desarrollo y elaboración de este trabajo académico.

A la Jefa del Establecimiento del Centro de Salud Mental del Hospital Regional “Guillermo Díaz de la Vega”

INTRODUCCIÓN

Históricamente se tiene evidencia del origen geográfico del cannabis en el Asia Central. Según los estudios de Pascual y Rubio, señala que su uso data de hace 10,000 años, otros como Merino indican que no tiene más de 6,000 años. Esta sustancia ha tenido diferentes usos desde la antigüedad, que van desde un producto como fibra para la confección de vestidos, cuerdas o papel, uso de sus flores, hojas de resina, fines recreativos y medicinales, las semillas como alimento o como aceite para fabricar jabones, pinturas y barnices (1).

Para García y Espada, esta sustancia de forma medicinal fue utilizada hace 4,000 años en China: en la actualidad podemos identificar que su uso es con fines recreativos, aunque la parte terapéutica va creciendo en las dos últimas décadas (2).

La intención de obtener sustancias naturales capaces de producir cambios en el aspecto del ánimo y de amplificar los sentidos y su percepción; con ello el descubrimiento de sustancias psicoactivas, llamadas drogas; han estado ligados en el proceso de ir construyendo cultura en el hombre. Las escrituras antiguas hacen referencias al empleo de sustancias estimulantes, alucinógenas y depresoras; estas drogas jugaron un papel importante en las culturas antiguas siendo las intermediarias del mundo terrenal y el astral, convirtiéndose en un significado ritual y mágico – religioso, siendo los jefes o autoridades quienes por medio de este uso de las drogas encontraron la forma de control del grupo.

A fines del siglo XVII y comienzos del siglo XIX, con el avance de la ciencia y la tecnología, se comenzaron a hacer en laboratorios el aislamiento de los alcaloides, cafeína, morfina y cocaína. El invento de la jeringa hipodérmica

permitió contar con otras formas de administración, lo cual abrió otras formas de nuevas sustancias de productos de síntesis química. Pero al mismo tiempo abrió un espacio a la medicina para el uso de ciertas drogas para el tratamiento de enfermedades, el alivio de dolores y el control de la depresión.

La marihuana es una droga ilegal en el Perú, esta problemática al inicio fue tratado como un asunto social- político – económico y no como un asunto de salud. En la actualidad la manera de analizarla no será la misma de hace 30 años.

El Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), del año 2001, en su estudio en jóvenes, estos señalan que las drogas más peligrosas del país son: en un 27.9% el clorhidrato, 16.6% a la PBC, luego con un 15.5% a la marihuana y la heroína con un 14.4%.

CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Es evidente que las cosas que están prohibidas, han sido las más consumidas y más si existe la posibilidad de este producto sea una sustancia con propiedades curativas. La marihuana se ha convertido en eso, la más consumida en todo el mundo y también en el Perú. Los datos estadísticos del consumo indica que en nuestro país son bajas a nivel de América y Europa. Pero en los últimos años a pesar que el consumo se ha estabilizado, sigue siendo un problema en los jóvenes y más aún en la demanda del tratamiento entre los usuarios de esta droga.

Con el avance de las redes sociales, la oferta sea diversificado de la marihuana y su acceso es más factible. En estas redes informáticas se puede encontrar en páginas web, donde se comercializan en distintas formas de presentación “no tradicionales” de marihuana que son fuertes que la hierba “tradicional” o “natural”; existen sitios donde te dan todo un manual para cultivarla “en casa”.

A pesar que existe una fuerte presión por la legalización de esta sustancia en países como EE. UU, Holanda, Portugal y en Latinoamérica en el Uruguay. En el Perú, la marihuana es una sustancia ilegal, cabe aclarar que también es la menos estudiada en sus múltiples aspectos y aristas.

La marihuana es la sustancia de mayor difusión y consumo en el mundo. La prevalencia en la población de 15 a 65 años oscila entre el 2.8% y el 5% a nivel del mundo. En el año 2011 un aproximado de 180.6 millones de personas consumieron esta droga al menos una vez (3). En el caso del Perú según CEDRO en el año 2003, las drogas de mayor uso y abuso eran la marihuana, el

clorhidrato de cocaína y la pasta básica de cocaína (PBC), estos estudios también evidenciaron que 10.3% de la población nacional urbana entre los 12 y 64 años ha consumido esta sustancia al menos una vez en su vida. Esto representa en términos generales que de cada 100 personas 10 peruanos han consumido esta sustancia especialmente en los centros urbanos (4).

El incremento del consumo de marihuana a nivel del mundo se produjo entre los años 2009 y 2012, siendo Europa uno del continente, a pesar que sea ido estabilizando especialmente en los jóvenes (5).

A pesar de estos datos se urge de un tratamiento por abuso y/o dependencia a la marihuana, siendo esta de mayor potencial adictiva la cultivada "en casa". En base a una encuesta el año 2012, aplicada a una muestra de 48,025 estudiantes, el estudio utilizó el instrumento del cuestionario con preguntas para medir el consumo problemático de la marihuana en los estudiantes del nivel secundaria que hicieron uso de esta sustancia. El estudio concluye que 22,912 estudiantes eran consumidores problemáticos de marihuana y, al interior de esta población, 11,725 adolescentes eran usuarios de "alto riesgo"; lo que equivale al 1% y 0.5% del total de la población escolar de secundaria que reside en el área urbana, respectivamente. Este estudio también indica que el Perú se da la prevalencia en el consumo de marihuana es baja en la región y el mundo, pero al mismo tiempo resalta que esta población de estudio es la más vulnerable con consecuencias negativas, lo cual hace evidente el consumo de la marihuana como un problemático y de alto riesgo (6).

Según los estudios del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. CEDRO del año 2010. En cuanto al consumo de drogas ilegales, la marihuana presenta una prevalencia de vida de 5.62%,

mientras que para la prevalencia del último año se encontró 1.21%, corroborándose que la marihuana sigue siendo la sustancia ilegal más consumida en el ámbito nacional. Del mismo modo destaca un 7.60% de prevalencia para la marihuana en el grupo conformado por los que tienen entre 19 y 24 años, observándose que a mayor edad el consumo tiene a reducirse. En el consumo de drogas ilegales, se advierte estos datos significativamente el consumo de marihuana en todas las regiones del país. Resalta que la región de la selva presenta la tasa de prevalencia más alta, 7.50%, superando a Lima Metropolitana, 6.00%.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo conocer la experiencia Intervención de enfermería en pacientes con dependencia a la marihuana en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en la ciudad de Abancay, región de Apurímac.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En cuanto a los antecedentes del estudio, de acuerdo a la revisión bibliográfica se pudo indagar de acuerdo al ámbito internacional y nacional.

MARTÍNEZ R, I (2016), en su tesis “Propuesta de intervención en un caso de adicción al cannabis”, investigación que se presentó para obtener el grado en Psicología, en la Universitat Miguel Hernández Elche, España. El estudio concluye que la marihuana es la droga ilegal más consumida en España. Es la población joven la que está expuesta en mayor número de consumidores. La cantidad de personas que acuden a los centros de atención primaria para recibir tratamiento para el consumo de esta sustancia; se destaca también que no existe tratamientos específicos para el consumo de la marihuana. La intervención tuvo como meta dotar a los pacientes de entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, control de ira, búsqueda de empleo y prevención de recaídas entre otras (7)

QUIMBAYO, J H y OLIVELLA M (2012), en su estudio denominado “Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana”, artículo científico presentado en la Rev. salud pública. 15 (1): 32-43, 2013. Artículo cuya información se detalla. El objetivo del trabajo académico es el de describir el patrón de comportamiento asociado al consumo de marihuana en estudiantes de la Universidad del Tolima-Colombia. Teniendo como objetivos específicos como las características sociodemográficas, conocimiento, frecuencia, actitudes, prácticas y su apreciación sobre efectos en la salud producto del consumo. En cuanto al método de investigación que se utilizó fue el descriptivo transversal, con una muestra de 700 estudiantes con edades entre

15 y 25 años, de diferentes facultades. El estudio aportó los siguientes resultados: La edad de mayor consumo se centra en el grupo de 18 a 21 años, consumen más los hombres. Los que viven con los dos padres o con uno, consume más que los que viven solos o con amigos. A mayor pobreza mayor riesgo de consumo.

2.1.1. Antecedentes Nacionales

GARAY P., R. (2009). Sobre “Consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en pacientes de un centro de rehabilitación”. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú. Investigación que arribó a las siguientes conclusiones: Las características clínicas de los pacientes que consumieron marihuana fueron la recesión gingival, agrandamiento gingival. La frecuencia de consumo de marihuana en el grupo estudiado va de más de dos veces al día, con un tiempo de consumo de 1 a 5 años y la forma de consumo fueron los cigarrillos de marihuana (8).

SANTOS CH., E. (2016), sobre “Trastornos mentales por dependencia de drogas en pacientes varones hospitalizados en el departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo enero 2010 - diciembre 2014”. Para optar el título de médico cirujano, en la Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú. Tesis que llegó a las siguientes conclusiones: El perfil de los pacientes hospitalizados por dependencia de drogas son varones, jóvenes, solteros, con instrucción secundaria completa, con trabajo ocasional y dependencia a drogas. El tipo de sustancia consumida es la cocaína con un 42,6%, seguida por el alcohol con un 26,1% y el tercer lugar el consumo de

múltiples drogas con un 23%. La mayoría de pacientes se encuentran entre 25 a 34 años de edad (9).

BUENO C.L., GUERRERO V. J., PEDRAJAS R., J (2015), sobre “Prevalencia de Consumo de Marihuana en Estudiantes de Secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Ventanilla”. Artículo científico que arribó a los siguientes resultados: el consumo de marihuana en estudiantes de secundaria aumentó en los últimos 6 años. La prevalencia del consumo de marihuana en el Perú en estudiantes es un problema, ya que está directamente relacionado con la cadena de la droga, lavado de dinero, delincuencia, violencia asociada al narcotráfico, además del problema social que atraviesa el país. La tasa de prevalencia en el consumo de marihuana en los estudiantes del nivel secundaria en Ventanilla – Callao, fue 7,4%, resultado mayor que los estudios obtenidos por DEVIDA a nivel nacional, donde los años 2009 y 2012 fue de 2,4% y 2,2% respectivamente; estos datos son mínimos al obtenido en la presente investigación (10)

YAYA, C., E. (2015). En su tesis titulada “Relación entre calidad de vida, tiempo de consumo y tiempo de permanencia de los niños, niñas y adolescentes adictos a sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima”. Para obtener el grado de Maestro en Psicología clínica, en la Universidad Cayetano Heredia, Lima Perú. El estudio arribó a las siguientes conclusiones: La calidad de vida de la población de la muestra es mala, los niños y adolescentes inician temprano en el consumo de sustancias psicoactivas; siendo los adolescentes en un 88.4% de mayor consumo según la población estudiada. Algunos pacientes eran hijos de padres consumidores, el tiempo de permanencia en la comunidad terapéutica es entre 8 a 2 meses, las mujeres permanecen más tiempo en la

comunidad. A mayor tiempo en la comunidad, la calidad de vida disminuye, sea por el tiempo de consumo, las reglas y normas y el tiempo de mantener las fuerzas en el centro de atención (11).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Cannabis, cannabinoides y su consumo

El cannabis es la sustancia psicoactiva bajo control internacional que más se utiliza a nivel mundial. Se calcula que, en el 2013, 181,8 millones de personas de 15 a 64 años consumieron cannabis sin fines médicos en todo el mundo (estimaciones de la incertidumbre: 128,5-232,1 millones) (UNODC, 2015) (11).

Según datos estadísticos del año 2011 de los países miembros de la OEA, la droga ilícita más consumida en el hemisferio americano es la marihuana, se estima que entre 2,9 y 4,3% de la población en edades entre 15 y 65 años, han consumido marihuana. Las prevalencias más altas de consumo de marihuana se observan entre los estudiantes de secundaria de Canadá (24%) y los Estados Unidos (23%), mientras que las prevalencias más bajas están en Perú (1,9 %), Honduras (1%), República Dominicana (1%), República Bolivariana de Venezuela (0,9%) y Haití (0,7%); la prevalencia del consumo de marihuana asciende conforme aumenta la edad de los estudiantes del nivel secundario, lo cual es consistente en todos los países de los hemisferios americanos (12).

Según la OPS y la OMS, la adolescencia se define como el periodo entre los 10 y los 19 años de edad, desglosan la adolescencia según el sexo para incluir cambios específicos del desarrollo. En la adolescencia, por lo general se llama pre adolescencia al periodo entre los 9 y los 12 años; la

adolescencia temprana abarca desde los 12 a los 14 años; la adolescencia intermedia, desde los 14 a los 16 años; la adolescencia tardía, desde los 16 a los 18 años, periodo en que se dan cambios tanto físicos como psicológicos, donde los adolescentes se afianzan como personas y establecen sus relaciones con los demás y con su familia. Es un periodo muy crítico donde el adolescente puede tomar caminos diferentes (13).

La marihuana pertenece a una especie herbácea de la familia Cannabaceae. El cual tiene propiedades psicoactivas, geográficamente es originaria de las cordilleras del Himalaya en Asia. El nombre científico con el cual es conocido es Cannabis sativa. En muchos países de forma común o de acuerdo a la cultura local es denominado como: marihuana, mariguana, marijuana, hierba, porro, vareta, cáñamo, mota o juanita.

Científicamente las denominaciones preferidas son: Cannabis sativa, Cannabis indica y Cannabis ruderalis. El cannabinoide contiene varios compuestos químicos, los cuales en los receptores de cannabinoide de células van liberando neurotransmisores en el encéfalo. Los cannabinoides proceden básicamente de tres fuentes:

1. **Los fitocannabinoides.** Referido a los compuestos producidos por las plantas de cannabis sativa o cannabis indica
2. **Los endocannabinoides.** Referido a los neurotransmisores producidos en el encéfalo o en los tejidos periféricos.
3. **Los cannabinoides sintéticos.** Referido aquellos elaborados en laboratorio análogos a los fitocannabinoide y endocannabinoide.

El cannabis es utilizado de forma terapéutica, ya sea en el tratamiento de la náusea como producto de la quimioterapia, el tratamiento de

espasticidad en la esclerosis múltiple y otros. El presente trabajo no tratará esa discusión de la legalización de esta sustancia.

En cuanto al consumo del cannabis, los trastornos que este produce se pueden apreciar desde criterios fisiológicos, psicológicos y sociales. Los trastornos por el consumo se pueden evidenciar en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (14). (DSM-V), y la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (15). (CIE-10), esta señala la diferencia entre el consumo nocivo del cannabis y el consumo del cannabis con dependencia; en tanto el (DSM-V) distingue según la gravedad de la afectación de la salud, como leves, moderados y grave. Ambas clasificaciones señalan que un síndrome específico de abstinencia del cannabis que puede tener un plazo de 24 horas desde el consumo, y para poder identificar este el síntoma a la abstinencia debe por lo menos tener los siguientes síntomas mentales: irritabilidad, inquietud, ansiedad, depresión, agresividad, pérdida de apetito, trastorno de sueño. Del mismo modo los siguientes síntomas físicos como: dolor, temblores, sudación, temperatura corporal elevada y escalofríos. En la abstinencia estos síntomas se pueden observar en la primera semana y pueden extenderse hasta un mes (16).

La marihuana contiene una sustancia denominada delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) que es la responsable de la generación de efectos tóxicos que inhiben el funcionamiento del SNC, el uso y abuso de esta sustancia es capaz de generar dependencia. Es una droga ilícita no aceptada socialmente que, en la actualidad, se ha convertido de fácil acceso para los adolescentes que provienen de hogares disfuncionales y

está asociada a manifestaciones de corrupción, violencia y al consumo de otras drogas (17).

2.2.2. El Cannabis su consumo a largo plazo y dependencia

El prolongado consumo de esta sustancia, permitirá establecer el nivel de dependencia del consumo de esta droga ilegal, trayendo como consecuencia el deterioro cognitivo, los trastornos mentales como la psicosis, depresión y otros, y la propensión al suicidio, ideas de suicidio, intentos de suicidio y consecuentemente la mortalidad.

Por ende, la dependencia al cannabis, tiene que ver con una variedad de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos, que se van acentuando a medida que el consumo se hace reiterativo. Cuando se quiere precisar si existe dependencia, recomienda el protocolo que se debe de cumplir tres o más criterios de los siguientes:

1. Al cannabis, un deseo o sensación compulsiva.
2. Poco nivel de control del comportamiento en el consumo de la sustancia, de acuerdo a su tiempo.
3. El síndrome de abstinencia, trae consigo un cuadro de fisiológico de abstinencia.
4. Las pruebas de tolerancias, de acuerdo a las dosis menores o mayores.
5. La dejadez progresiva de placeres o intereses alternativos debido al consumo de la sustancia psicoactiva.
6. El daño hepático, los ánimos depresivos, la alteración de la función cognitiva, como consecuencias de los periodos de consumo de sustancias psicoactivas (18).

Los estudios indican que las personas que consumen habitualmente cannabis, empeora su funcionamiento cognitivo, no se sabe todavía si una vez se abandone el consumo de cannabis se podrá recuperar completamente. También se señala que el consumo temprano y persistente de cannabis presentaron por término medio una disminución de 8 puntos en el coeficiente intelectual, en comparación con los que no había consumido cannabis y aquellos consumidores no persistentes. Desde el aspecto biológico, el consumo de cannabis provoca cambios estructurales y funcionales en regiones del cerebro, especialmente en las zonas que tiene que ver con la memoria y la cognición.

En un estudio de las funciones ejecutivas, indicaban como: la atención, concentración, toma de decisiones, impulsividad e inhibición, tiempo de reacción, adopción de riesgos y la memoria operativa alterada agudamente según las proporciones de las dosis, indica el estudio que estos efectos no se observaron constantemente, esto tiene que ver con los efectos a la cognición y coordinación (19).

Una minoría de los consumidores de cannabis presentan ansiedad, crisis de angustia, alucinaciones y vómitos, esto en consumidores iniciales. Los consumidores crónicos también tienen experiencias negativas, cuando usan cannabis más potentes. Estas experiencias que tiene que ver con la ansiedad y síntomas psicóticos, tiene una duración a veces limitada y por lo general puede tratarse tranquilizando y utilizando una sedación leve y en un entorno seguro a la persona (20).

Una sobredosis de cannabis es menos grave o extremadamente baja a comparación con el consumo de sobredosis de opio y drogas estimulantes, esto refiriéndonos a la toxicidad aguda.

Pero exponerse al cannabis, aumenta la frecuencia del corazón y la tensión arterial; algunos especialistas señalan que puede provocar hipotensión ortostática(21), complicaciones cardiovasculares, síndromes coronarios agudos y accidentes cerebrovasculares en las personas que consumen cannabis. Otros estudios indican riesgo de infarto de miocardio, estos pueden ser los efectos cardiovasculares agudos que puede provocar su consumo (21).

En cuanto a los efectos en los pulmones y las vías respiratorias, se indica que es diferentes fumar tabaco y fumar cannabis, este último provoca una broncodilatación aguda de acuerdo a la proporción de la dosis y a la combinación con tabaco.

En un estudio con 64 657 pacientes, los consumidores de cannabis tenían tasas mayores de hospitalización por lesiones intencionales y lesiones generales en consumidores de cannabis, siendo esta evidencia no concluyente (22).

2.2.3. Sus componentes psicoactivos del consumo de la marihuana

El psicoactivo del cannabis actúa sobre los receptores del encéfalo, como los receptores CB1 que tiene que ver con el encéfalo, ahí se localiza la memoria (hipocampo), emociones (amígdala), cognición (corteza cerebral), motivación (prosencéfalo límbico) y la coordinación motora (cerebelo) (23).

En cuanto a los receptores CB2, se encuentra el sistema inmunitario en los

que está incluido el tubo digestivo, hígado, corazón, músculos, piel y los órganos reproductivos (24). Los CB1 juegan un papel importante en los efectos psicoactivos del cannabis, las vías de dopamina del sistema de recompensa del cerebro contienen receptores de CB como CB2.

El tetrahidrocannabinol (THC), en los seres humanos aumenta la liberación de dopamina, lo que puede explicar la capacidad de euforia que produce el cannabis, mientras que la cocaína y las metanfetaminas producen una menor liberación de dopamina, siendo más rápido con el cannabis (25). El THC, puede detectarse en el plasma en un plazo de segundos luego de fumar cannabis y se prolonga hasta las dos horas aproximadamente; la concentración de plasma máximas de THC son aproximadamente 100 µg/l, después de haber fumado de 10 a 15 mg de cannabis en un periodo de 5 a 7 minutos; esto se va distribuyendo por todo el organismo (26).

La función de la dopamina, se puede ver en el control de la atención, cognición, emoción y la motivación. La marihuana provoca alteraciones en la percepción del tiempo y la coordinación cuando activa los receptores cannabinoides de los ganglios basales de la corteza frontal y el cerebelo; los cuales intervienen en el control de motor y memoria. La persona que consume marihuana afecta su función psicomotora su movimiento, coordinación, manipulación, destreza, habilidad, fuerza y velocidad, esta alteración puede prolongarse varios días después del consumo de cannabis (27).

2.2.4. El consumo de marihuana y su neurobiología

La neurobiología del sistema cannabinoide, señala que los efectos perjudiciales, se pueden presentar en aquellos que consumen es crónico de THC, el cual reduce la cantidad de receptores CB1, especialmente en la zona del cerebro donde interviene la memoria y la cognición. En los adolescentes el consumo de cannabis durante mucho tiempo puede producir alteraciones persistentes en la memoria y cognición.

En estudios de resonancia magnética nuclear, señala diferencias entre cerebros de adultos consumidores crónicos de cannabis y adultos no consumidores de cannabis; se observa cambios en la sustancia gris y la sustancia blanca, en mediciones encefálicas globales (28), y la conectividad.

La alteración del aprendizaje y la memoria, es una consecuencia de los consumidores del cannabis, ya que la fimbria que es una parte del hipocampo se ve afectado. Existen estudios que demuestran que el consumo crónico de marihuana reduce la capacidad del cerebro de liberar o sintetizar dopamina; explicando la razón por lo que las personas que consumen cannabis tienen mayores puntuaciones en la evaluación de la emoción negativa (29).

2.2.5. La interacción entre genética y medio ambiente.

La interacción genética y el medio ambiente, se refiere que no todas las personas son iguales y las características biológicas, fisiológicas y psicológicas, estas características particulares van a encontrar sensaciones, extroversión, neurosis o agresiones, a esto también comportamientos antisociales. A esto se puede complementar con la

variedad de genes, edad, género o si son adolescentes, jóvenes y adultos.

El entorno familiar y social, pueden acelerar el inicio del consumo de drogas o fortalecer la estabilidad emocional.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. La drogodependencia

Cuando nos referimos a la drogodependencia o toxicomanía, estamos hablando de un estado psíquico y físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga). Se caracteriza por la modificación del comportamiento y de sus relaciones, el cual determina el impulso irreprimitible a consumir una sustancia en forma permanente o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos, otras veces lo consume para evitar el malestar producido por la abstinencia (30).

La OMS, definió a la drogodependencia, como un síndrome por medio del cual se observa en un cambio de patrón conductual por el uso de sustancia tiene prioridad que otras conductas, el cual lleva a un trastorno con impulsos repetidos en la conducta poco productivas; esta tensión es creciente mientras se realiza la conducta, y esta va desapareciendo de forma rápida de la tensión a realizarla. Este autor señala que la drogodependencia se produce en un organismo vivo a un estado de dependencia psíquica, física o de ambas formas (31).

Otro autor indica que la drogodependencia modifica la conducta a la persona que es víctima, esta se transforma y se deteriora su vida en todos los aspectos de su vida. La explicación científica radica en el desarrollo filogenético y ontogenético, a esto se une el papel atingente que juega la familia y el entorno social.

Dependencia de sustancias psicoactivas. De acuerdo con el DSM-IV, es un patrón desadaptativo de uso de una sustancia que conduce a un deterioro o a un malestar clínicamente significativos, y en el que se observan tres (o más) de los siguientes síntomas, los cuales ocurren dentro de un período de 12 meses:

1. Tolerancia.
2. Abstinencia.
3. La sustancia se toma a menudo en mayor cantidad o períodos de tiempo más largos de los que se tenía intención.
4. Hay un deseo persistente o se realizan esfuerzos sin éxito para disminuir o controlar el uso de la sustancia.
5. Se gasta una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia, para administrarse la sustancia, o para recobrase de sus efectos.
6. Se renuncia a importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas, o se reducen por uso de la sustancia.
7. Se continúa usando la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema persistente o recurrente, físico o psicológico, que probablemente ha sido causado o exacerbado por el uso de la sustancia. Stahl, 1998.

En cuanto a la drogodependencia, este tiene comienzo en el uso, luego pasará por el abuso, siendo un fenómeno actual, aumentando la cantidad de personas que consumen diariamente, es calificado como uno de los grandes males mental y físico que perjudica a la sociedad. La drogadicción es una patología social, el cual influye a todo el entorno del adicto, a sus familiares, lo laboral y el círculo social (amigos, vecinos, compañeros, etc.). Es catalogado como un problema social, político y económico; social porque afecta

directamente a la población joven, quienes son la esperanza de construcción de una nueva sociedad. En cuanto a lo político, porque va provocando un desequilibrio en el bien común, favoreciendo a la insensibilidad social de los jóvenes, siendo la droga un evasor del “aquí y ahora”, las personas que están en el mundo de las drogas, se distancian de la realidad cotidiana, se aleja de los conflictos sociales, para algunos investigadores esta intención es un reflejo político.

Señala Beneit, García y Mayor, que todos de alguna manera hemos consumido drogas, por medio de medicamentos; pero la drogadicción es no dejar de consumir la o las drogas en forma permanente; se convierte en un vivir para las drogas. El adicto proyecta su vida en dónde y cómo conseguir droga. La dependencia hace que requiera la droga para su comodidad o sentirse bien psicológicamente (este objetivo a veces no se logra), sufren trastornos y efectos desagradables una vez suspendido el consumo, a veces con depresión.

Según los estudios de CEDRO, realizado por Zavaleta y Cols, la marihuana dentro de los indicadores epidemiológicos de consumo de drogas sociales ilegales, esta se encuentra en el primer lugar debajo de ella se encuentra la PBC y la cocaína. Del mismo modo la edad promedio de inicio del consumo de drogas sociales ilegales es de 19.4 años, en los varones 19.2 años de edad y en las mujeres 19.9 años de edad.

2.3.2. Factores de riesgo.

El Consejo Nacional para el Control de estupefacientes de Chile, señala que los factores probables en cuanto a las situaciones o conducta de las personas que consumen son: Factores de riesgo personales, relacionados con la inestabilidad emocional, nula tolerancia, problemas de comportamiento y

aislamiento. El factor familiar – social, relacionado con los valores establecidos, los estereotipos de vida (32).

- a) **Factores de riesgo personal.** Según Nató y Rodríguez, las condiciones de vida de la persona pueden condicionar el consumo de droga y se pueda transformar en dependencia. Los riesgos de carácter personas pueden ser. La edad, pobreza en la autoestima, poca tolerancia a la frustración, poca capacidad para discernir en la toma de decisiones, rebelde a las normas sociales y depresión (33).
- b) **Factores de riesgo familiar.** Del mismo modo Nató y Rodríguez, sobre el tema señala que la familia es el engranaje principal del niño en su socialización y del mismo modo es el soporte en la construcción de su personalidad, por estas razones la interacción con los miembros familiares es atingente, siendo está el posible inicio en el consumo. En cuanto a estos factores de riesgo se puede señalar: el comportamiento de los padres, el estilo de disciplina o permisividad, la rigidez familia, la falta de reconocimiento y el clima que se vive en el hogar; su inestabilidad pueden ser factores de riesgo en el consumo de drogas (33)
- c) **Factores de riesgo comunitario y social.** Señala Nató y Rodríguez, que ser parte de una comunidad significa pertenecer a un ambiente donde se relaciona y se desenvuelven las personas; a pesar que la familia es la más atingente, la comunidad resalta su influencia por ser el círculo de amigos, La escuela, el colegio o universidad, el lugar de trabajo, la empresa o institución donde se desenvuelven, la ciudad, el barrio; estos espacios pueden provocar: dependencia del grupo, presión de grupo, resentimiento social, actitud de los líderes sociales ante las drogas, relaciones conflictivas en la

comunidad de estudio o labora, el exceso de tiempo libre, disponibilidad de drogas. En cuanto a los factores de riesgo social como: las actitudes sociales (escepticismo y hedonismo), el déficit de viviendas, escasez de servicios públicos, los medios de comunicación, la publicidad (33).

2.3.3. El consumo y motivaciones.

Para el Consejo Nacional para el Control de estupefacientes de Chile (32), las motivaciones para el consumo se pueden detectar niveles de consumo, los cuales se dan de la siguiente manera:

- **No problemático:** un uso como para experimentar y por ocasiones
- **Problemático:** un abuso en su consumo de manera habitual y compulsivo de forma adicta.

Dentro de las motivaciones se pueden identificar las siguientes:

- Seguridad en sí mismo
- Aliviar tensiones
- Sentirse miembro de un grupo
- Experimentar nuevas sensaciones
- Capacidad de evadir situaciones problemáticas
- El placer y la psicopatología.

2.3.4. El consumo de sustancia y detección temprana.

Del mismo modo para el Consejo Nacional para el Control de estupefacientes de Chile (32), es un proceso de detectar signos o detalles, señas o situaciones los cuales pueden presumir un consumo problemático de sustancia psicoactivas. Este proceso puede ser:

- 1ro. Observación
- 2do. Entrevista y exploración

3ra. Uso de instrumentos de evaluación y diagnóstico

Los indicadores que nos pueden dar indicios de consumo, son las señales de alerta en las relaciones interpersonales, los cambios de estado de ánimo, los cambios en la relación de comunicación, cambio de hábitos, cambios de conducta.

2.4. Definición de términos

- **Abstinencia.** Resultado de evitar el consumo de drogas, ya sea por motivos de salud, personales, religiosos, morales, legales, etc. Frecuentemente, en encuestas o trabajos de investigación, el “abstinente” es definido como una persona que no ha consumido drogas en un determinado período anterior (34).
- **Abuso de sustancias psicoactivas.** La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias psicoactivas manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de drogas (35).
- **Adicción.** Uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el usuario (denominado adicto) está periódica o crónicamente intoxicado, muestra una compulsión a tomar una o varias sustancias, tiene gran dificultad para abandonar el consumo o modificar el uso de esas sustancias y trata de obtenerlas casi por cualquier medio (36).
- **Daños relacionados con las drogas.** Consecuencias adversas del uso de drogas, ya sean de carácter social, físico, psicológico, legal o de cualquier otro tipo, que son experimentadas como perjudiciales por el

consumidor y/o por los que viven con él o por otras personas afectadas por las acciones del usuario de drogas (37).

- **Síndrome de dependencia.** Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollarían después del uso repetido de una sustancia. OMS, 1994
- **Sustancia psicoactiva.** Droga o sustancia psicoactiva es una sustancia que, ingerida, afecta a los procesos mentales. WHO, 1994.
- **Toxicidad.** Grado en que una sustancia tiene potencial para causar efectos tóxicos o perniciosos. UNDCP, 2000.

CAPÍTULO III: PLAN DE INTERVENCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO III: PLAN DE INTERVENCIÓN DE CUIDADOS DE CASOS

3.1. Plan de intervención de enfermería

3.1.1. Valoración

3.1.1.1. Datos de filiación

3.1.1.2. Datos personales

- Apellidos y nombres : V.R.O
- Nacionalidad : Peruana.
- Fecha de nacimiento : 12 de junio de 1996
- Sexo : Masculino
- Localidad : Abancay
- Provincia : Abancay
- Estado civil : Soltero
- Informante : Paciente y la madre

3.1.1.3. Motivo de consulta

El paciente acude para una evaluación médica a acompañado de madre. Refiere “tengo depresión y quiero continuar mi tratamiento”. “Ayer consumí marihuana, pero sólo una pitada y también una cerveza, yo estoy triste por muchas cosas que me han pasado; pero estoy bien tranquilo”. “Recibí tratamiento en Bolivia con Sertralina 50mg ½ tab y Clonazepam 0.5mg ½ tab por un periodo de más o menos 7 meses, tomé hasta octubre del año 2018”. (02 de mayo del 2019).

El paciente según el médico tratante tiene un trastorno mental debido al consumo de cannabis; además de D/C esquizofrenia paranoide.

3.1.1.4. Enfermedad actual

Depresión por el consumo de marihuana. El paciente según el médico tratante tiene un trastorno mental debido al consumo de cannabis; además de D/C esquizofrenia paranoide.

3.1.1.5. Antecedentes

a) Antecedentes familiares.

La madre señala que su hijo recibió tratamiento por consumo de droga (marihuana) en el país de Bolivia por un periodo más o menos de 7 meses en el año de 2018

b) Antecedentes personales

Recibió tratamiento en Bolivia con Sertralina 50mg ½ tab y Clonazepam 0.5mg ½ tab por un periodo de más o menos 7 meses en el año de 2018. Señala el paciente que comenzó a consumir por primera vez cuando tenía 18 años de edad.

c) Antecedentes socioeconómicos y culturales

Según los datos proporcionados por la madre, el paciente es soltero, tiene secundaria completa, no estudio una profesión y no tiene un oficio al cual se dedique de forma permanente; sus padres solventan sus gastos de alimentación, salud, vestido y vivienda.

3.1.1.6. Examen físico

Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, no resonancia afectiva, lenguaje plano sin inflexiones de voz, tono bajo, cumple la finalidad, no diluciones, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad.

3.1.1.7. Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases

a) Dominio 1: Promoción de la Salud

Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, ansioso, inquieto, sudoroso, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina: Topiramato 50mg ½ tb noche.

El paciente acude para una evaluación en compañía de su madre, refiere que el medicamento Risperidona es un antipsicótico. “¿Porque me está dando eso?, he pasado de los antidepresivos a los antipsicótico, yo no quiero tomar eso, quiero que me cambie”.

b) Dominio 2: Percepción Cognitiva

Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, desconfiado, rechaza el acercamiento de su madre, no desea que lo toquen, lenguaje plano sin inflexiones de voz, no delusiones, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina. Valproato Sodio 500mg 1tb noche – Risperidona 2 mg 1 tb noche.

La madre refiere “está mejor, ya lo veo un poco más tranquilo, duerme bien, tranquilo, solo que su expresión facial y corporal es como si estuviera siempre a la defensiva, listo para tacar”. “pero a veces sonrío y como que baja de guardia, está mejor”.

c) Dominio 3: Autoconcepto

Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, no resonancia afectiva, lenguaje plano sin inflexiones de voz, tono bajo, cumple la finalidad, no delusiones, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad.

El paciente acude para una evaluación de control en compañía de su madre, ella refiere “ya está un poco más tranquilo, ha estado mejor, ya sonrío, la ansiedad ha disminuido”

d) Dominio 4: Afrontamiento Tolerancia al estrés.

Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, poca resonancia afectiva, sonrío por momentos, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad

El paciente acude al establecimiento de salud, para una evaluación de control en compañía de su madre, ella refiere que “está tranquilo, está bien, está trabajando los sábados y domingos, le pagan 70 soles, se ha comprado una guitarra y también su papá le dio un celular”. El paciente señala “ya no me siento triste como antes, me siento mejor, me siento bien puedo pensar mejor las cosas”

e) Dominio 5: Seguridad Protección

Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, afecto: restringido, niega ansias y deseo de consumo, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad.

El paciente acude para la evaluación de control sólo. Este refiere que “Estoy bien, tranquilo, me siento contento, estoy trabajando en un hotel los fines de semana, me está yendo bien”

f) Dominio 6: Confort

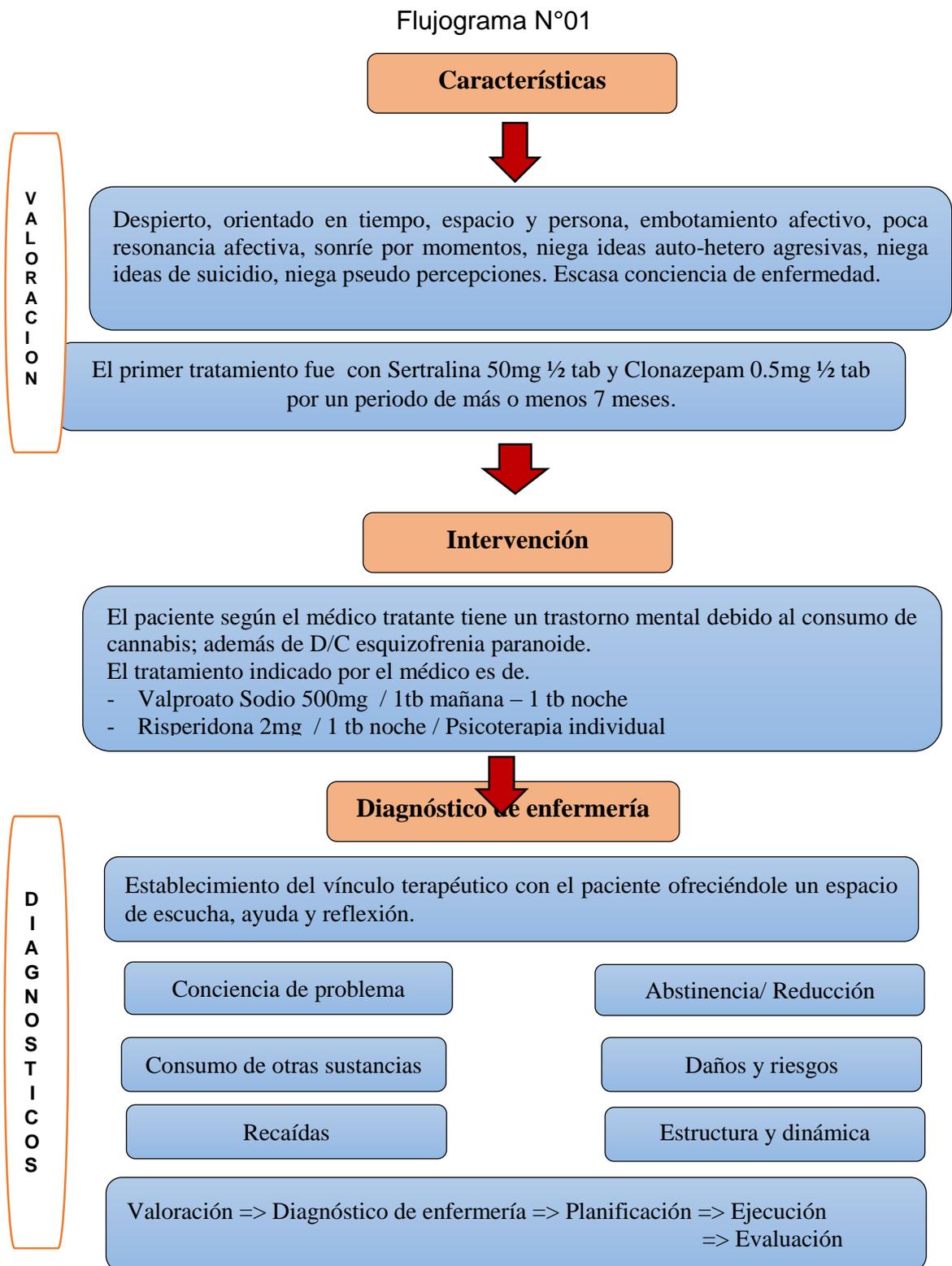
Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, afecto: restringido, niega ansias y deseo de consumo, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad.

El paciente acude a su evaluación de control en compañía de su madre, ella refiere que “está tranquilo, sigue trabajando todos los fines de semana, es probable que a fin de año viajemos a Bolivia por algunos meses”.

g) Dominio 7: Crecimiento y desarrollo

Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, afecto: restringido, niega ansias y deseo de consumo, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina. Valproato Sodio 500mg 1tb mañana y noche – Risperidona 2 mg 1 tb noche, durante todo el tratamiento.

3.1.1.8. Esquema de valoración



DIAGNOSTICOS

3.2. Diagnóstico de enfermería

3.2.1. Lista de hallazgos significativos

El trabajo de la enfermera es de identificar, primero los problemas y segundo la necesidad que el paciente tiene, el cual responde a tres partes como: Diagnóstico – Etiología y Síntomas. Las cuales se diferencia de acuerdo a cada paciente. Luego de haber obtenido los datos se identifica el problema y se formulan los diagnósticos, que se puede dar:

- Por medio de la colaboración (enfermería - paciente).
- Por medio del diagnóstico de enfermería (Enfermera).

Los tipos de diagnóstico en enfermería pueden ser:

- Reales. Refiere a la forma actual del paciente ante una situación vital o de salud. (Diagnóstico - Etiología - Manifestaciones del paciente)
- De riesgo. Refiere a la posibilidad de algunas situaciones de riesgo o fractura de salud. (Diagnóstico – Factor de riesgo)
- De salud. Refiera al nivel de salud y de bienestar; siente el paciente que puede mejorar para salir de la situación. (disposición a la alimentación)

3.2.2. Diagnóstico de enfermería según datos significativos

- a) Orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, no resonancia afectiva, lenguaje plano sin inflexiones de voz, tono bajo, cumple la finalidad, no diluciones, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad.

Consumo de sustancias:

- **Marihuana.** Señala haber consumido por primera vez a los 18 años, la última vez que consumió fue el 01 de mayo del año 2019, del mismo

modo señala que el tiempo máximo de abstinencia fue de 6 meses, su consumo máximo en un día es de aproximadamente 2 gramos y que cada vez que consume disminuye la ansiedad.

- **Alcohol.** Inicio el consumo a los 18 años, señala al mismo tiempo que la última vez que consumió fue el 01 de mayo del año 2019, el tiempo máximo de abstinencia fue 1 mes, y su consumo máximo en un día 2 botellas de vino; indica el paciente que habitualmente consume cerveza y trago barato.
- **San Pedro.** Lo consumió por primera vez cuando tenía 18 años de edad, hace 1 años que fue la última vez que consumió. Señala también que su frecuencia en su consumo es de 1 vez cada 5 meses.

b) Embotamiento afectivo, ansioso, inquieto, sudoroso, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina: Topiramato 50mg ½ tb noche.

El paciente acude para una evaluación en compañía de su madre, refiere que el medicamento Risperidona es un antipsicótico. “¿Porque me está dando eso?, he pasado de los antidepresivos a los antipsicótico, yo no quiero tomar eso, quiero que me cambie”.

c) Desconfiado, rechaza el acercamiento de su madre, no desea que lo toquen, lenguaje plano sin inflexiones de voz, no delusiones, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina. Valproato Sodio 500mg 1tb noche – Risperidona 2 mg 1 tb noche.

La madre refiere “está mejor, ya lo veo un poco más tranquilo, duerme bien, tranquilo, solo que su expresión facial y corporal es como si estuviera siempre a la defensiva, listo para tacar”. “pero a veces sonrío y como que baja de guardia, está mejor”.

- d) Lenguaje plano sin inflexiones de voz, tono bajo, cumple la finalidad, no delusiones, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad.

El paciente acude para una evaluación de control en compañía de su madre, ella refiere “ya está un poco más tranquilo, ha estado mejor, ya sonrío, la ansiedad ha disminuido”

- e) Poca resonancia afectiva, sonrío por momentos, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad.

El paciente acude al establecimiento de salud, para una evaluación de control en compañía de su madre, ella refiere que “está tranquilo, está bien, está trabajando los sábados y domingos, le pagan 70 soles, se ha comprado una guitarra y también su papá le dio un celular”. El paciente señala “ya no me siento triste como antes, me siento mejor, me siento bien puedo pensar mejor las cosas”

- f) Afecto restringido, niega ansias y deseo de consumo, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad.

El paciente acude a su evaluación de control en compañía de su madre, ella refiere que “está tranquilo, sigue trabajando todos los

fin de semana, es probable que a fin de año viajemos a Bolivia por algunos meses”.

- g) Niega ansias y deseo de consumo, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina. Valproato Sodio 500mg 1tb mañana y noche – Risperidona 2 mg 1 tb noche, durante todo el tratamiento.

3.2.3. Esquema de diagnóstico de enfermería

- **Nombre del paciente:** V.R.O
- **Diagnóstico médico:** El paciente según el médico tratante tiene un trastorno mental debido al consumo de cannabis; además de D/C esquizofrenia paranoide.

Problema	Factores Relacionados	Evidencia	Diagnóstico
Vínculo terapéutico con el paciente con espacio de escucha, ayuda y reflexión.	Proceso de vínculo terapéutico con el paciente el cual ofrece espacio de escucha, ayuda y reflexión.	Ficha de valoración o diagnóstico	Lenguaje plano sin inflexiones de voz, tono bajo, cumple la finalidad, no diluciones, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones
Conciencia de problema	No reconocer que tiene una enfermedad	Identificación de situaciones que permitan derivar a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.	Alteraciones en la autoestima, percepción alterada de la imagen corporal.
Consumo de otras sustancias	Actitudes asociadas a las sustancias y al comportamiento de consumo.	Consumo de cerveza, alcohol y san pedro	Afecto restringido, niega ansias y deseo de consumo, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad.
Abstinencia/ Reducción	El cambio de actitud y trastornos personales	Prevención de recaídas	Estabilización, mantenimiento y consolidación de la abstinencia.
Daños y riesgos	Conductas de riesgo de consumo.	Ficha de atención	Se cayó y golpeo la cabeza al subir a una silla, buscando marihuana, le han cocido la cabeza y tiene el ojo morado. FUC-THC. Hace 5 días.

Estructura y dinámica	Atención, el apoyo y la orientación necesarias para mejorar la funcionalidad familiar y/o para potenciar su implicación en el proceso de tratamiento e integración social de los pacientes.	Normas de convivencia, comunicación familiar. Roles de los familiares durante las fases del proceso de tratamiento.	La madre acompaña y también es la que proporciona datos; motiva a su hijo a seguir en el tratamiento.
Recaídas	Consumos de sustancias para estar bien. El cambio de actitud	Necesidad de consumo. Ficha de atención	Sin conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina: Topiramato 50mg ½ tb noche.

3.3. Planificación

3.3.1 Objetivos

a) Objetivo general

- Describir el proceso de cuidado de enfermería a paciente con dependencia a la marihuana en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Abancay – 2019.

b) Objetivos específicos

- Identificar el proceso de cuidado de enfermería en los niveles de riesgo en pacientes con dependencia a la marihuana en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Abancay – 2019.
- Identificar los procesos de programa de cuidado de enfermería a paciente con dependencia a la marihuana en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Abancay – 2019.
- Identificar los procesos hospitalaria para prevenir recaídas en los cuidados de enfermería a paciente con dependencia a la marihuana en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Abancay – 2019.

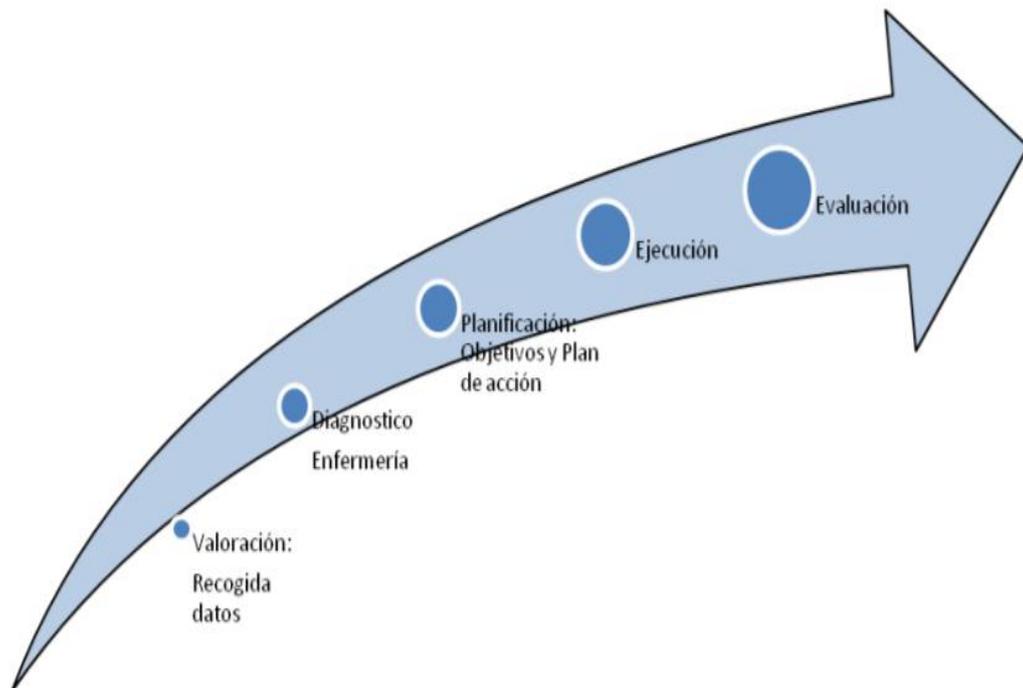
3.3.1. Esquema de Planificación

El Proceso de Atención Enfermería (PAE) coadyuva al profesional a prestar el cuidado de manera racional, lógica y sistemática en la atención. El PAE, permite realizar un proceso de retroalimentación y reforzamiento de los objetivos con el fin de hacer un seguimiento a los procesos o metas propuestas.

Se parte de profesionales enfermeros del Instituto de Adicciones elaboran la historia informática de enfermería (HIE), el cual permite organizar y registrar

de la información. Se usan las taxonomías internacionalmente reconocidas y aceptadas NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification).

Estos patrones funcionales como señala Gordon, M (2010), adaptados tanto a la intervención en drogodependencias como al estilo de trabajo interdisciplinar característico del Instituto de salud mental, en cada uno de los procesos para el tratamiento.



Fuente: Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias

3.4. Ejecución y Evaluación

3.4.1. Registro de enfermería

En cuanto a la intervención de enfermería, es parte del entorno y el profesional que le atribuye un atingente papel como un agente motivador para que los pacientes crean en sus propias fortalezas y conductas saludables. Los cuales tienen que ver con:

- Características y experiencias individuales:
- Cogniciones u afecto específicos de la conducta
- Resultado conductual

a) **La atención de la demanda inicial.** La madre y el paciente se solicitan la atención para el tratamiento en forma presencial, para dar lugar a una recepción del paciente o la familia y luego la acogida. La recepción es el primer proceso, realizado por el personal de salud para atender esta nueva demanda. Se atiende la demanda tanto del paciente como su madre que es la que le acompaña, la toma de datos iniciales y la asignación de una primera cita con el profesional médico. La acogida se da por medio de la entrevista con un profesional preparado, una vez que la madre y el paciente solicitan ser atendidos por medio de una escucha activa, el recojo de información mínima imprescindible y la comprobación si existe motivo para priorizar la atención. La motivación es una herramienta de gran utilidad en esta primera fase de intervención.

b) **Valoración y evaluación**

Al paciente se le realizó un proceso de valoración en los aspectos biológico, psicológico y sociales; en esta etapa es importante la implementación de un plan de acción y una estrategia para poder intervenir. La capacidad de escucha y la empatía con la madre y en paciente se pudo establecer un cronograma de atención.

En cuanto a la evaluación la drogodependencia suele presentarse problemas asociados, los cuales pueden afectar las diferentes áreas de la vida y dimensiones. Este proceso permite establecer un diagnóstico el cual se trata que sea lo más completo y de este poder establecer un programa de intervención de forma integral. Este proceso se realizó con la opinión y deseo del paciente, dando las claves para orientar las posteriores intervenciones o modificaciones. La evaluación no ayudó a

valorar los datos iniciales del paciente, el diseño de un programa o plan de acción personalizado de intervención, el seguimiento y la evolución del paciente. Las dimensiones que se evaluó al paciente fueron: salud y autocuidados – psicopatología – consumo de sustancias – familiar – socio relacional – el ocio y tiempo libre.

3.4.2. Ejecución

- El paciente a quién denominaremos para el presente estudio como VRO, nació el 12 de junio del año 1996, en la actualidad tiene 27 años de edad, de sexo masculino, su condición civil es soltero, indica no tener una profesión u oficio, vive en la ciudad de Abancay. El paciente es atendido en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.
- El 02 de mayo del año 2019. El paciente acude para una evaluación médica a acompañado de madre. Refiere “tengo depresión y quiero continuar mi tratamiento”. “Ayer consumí marihuana, pero sólo una pitada y también una cerveza, yo estoy triste por muchas cosas que me han pasado; pero estoy bien tranquilo”. “Recibí tratamiento en Bolivia con Sertralina 50mg ½ tab y Clonazepam 0.5mg ½ tab por un periodo de más o menos 7 meses, tomé hasta octubre del año 2018”.
- Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, no resonancia afectiva, lenguaje plano sin inflexiones de voz, tono bajo, cumple la finalidad, no diluciones, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad.

Consumo de sustancias:

- a) **Marihuana.** Señala haber consumido por primera vez a los 18 años, la última vez que consumió fue el 01 de mayo del año 2019, del mismo modo señala que el tiempo máximo de abstinencia fue de 6 meses, su consumo máximo en un día es de aproximadamente 2 gramos y que cada vez que consume disminuye la ansiedad.
- b) **Alcohol.** Inicio el consumo a los 18 años, señala al mismo tiempo que la última vez que consumió fue el 01 de mayo del año 2019, el tiempo máximo de abstinencia fue 1 mes, y su consumo máximo en un día 2 botellas de vino; indica el paciente que habitualmente consume cerveza y trago barato.
- c) **San Pedro.** Lo consumió por primera vez cuando tenía 18 años de edad, hace 1 años que fue la última vez que consumió. Señala también que su frecuencia en su consumo es de 1 vez cada 5 meses.

En fecha 09 de mayo del año 2019, el paciente acude al establecimiento para evaluación de control en compañía de su madre, refiere que se cayó y golpeo la cabeza al hacer de una silla, buscando marihuana, le han cocido la cabeza y tiene el ojo morado. FUC-THC. Hace 5 días.

- Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, ansioso, inquieto, sudoroso, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina: Topiramato 50mg ½ tb noche.

El 23 de mayo del 2019, el paciente acude para una evaluación en compañía de su madre, refiere que el medicamento Risperidona es un antipsicótico.

“¿Porque me está dando eso?, he pasado de los antidepresivos a los antipsicótico, yo no quiero tomar eso, quiero que me cambie”.

- Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, desconfiado, rechaza el acercamiento de su madre, no desea que lo toquen, lenguaje plano sin inflexiones de voz, no delusiones, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina. Valproato Sodio 500mg 1tb noche – Risperidona 2 mg 1 tb noche.

El 06 de junio del año 2019, la madre refiere “está mejor, ya lo veo un poco más tranquilo, duerme bien, tranquilo, solo que su expresión facial y corporal es como si estuviera siempre a la defensiva, listo para tacar”. “pero a veces sonrío y como que baja de guardia, está mejor”.

- Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, no resonancia afectiva, lenguaje plano sin inflexiones de voz, tono bajo, cumple la finalidad, no delusiones, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad.

El 05 de julio del año 2019, el paciente acude para una evaluación de control en compañía de su madre, ella refiere “ya está un poco más tranquilo, ha estado mejor, ya sonrío, la ansiedad ha disminuido”

- Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, poca resonancia afectiva, sonrío por momentos, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad.

- En el mes de agosto, el día 23 del año 2019; el paciente acude al establecimiento de salud, para una evaluación de control en compañía de su madre, ella refiere que “está tranquilo, está bien, está trabajando los sábados y domingos, le pagan 70 soles, se ha comprado una guitarra y también su papá le dio un celular”. El paciente señala “ya no me siento triste como antes, me siento mejor, me siento bien puedo pensar mejor las cosas”
- Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, afecto: restringido, niega ansias y deseo de consumo, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad. Con fecha del 23 del mes de setiembre del año 2019, el paciente acude para la evaluación de control sólo. Este refiere que “Estoy bien, tranquilo, me siento contento, estoy trabajando en un hotel los fines de semana, me está yendo bien”
- Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, afecto: restringido, niega ansias y deseo de consumo, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad. El 24 de octubre del 2019, el paciente acude a su evaluación de control en compañía de su madre, ella refiere que “está tranquilo, sigue trabajando todos los fines de semana, es probable que a fin de año viajemos a Bolivia por algunos meses”.
- Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, afecto: restringido, niega ansias y deseo de consumo, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad.

El paciente recibió la siguiente medicina. Valproato Sodio 500mg 1tb mañana y noche – Risperidona 2 mg 1 tb noche, durante todo el tratamiento.

CONCLUSIONES

- Paciente VRO de sexo masculino, tiene trastornos por el consumo de marihuana, en especial por la edad que tiene es un joven que, todavía no ha estructurado su proyecto de vida, sumándose los trastornos psiquiátricos (*comorbilidad*). Este paciente sufre de depresión ha recibido atención en Bolivia, reiniciando en el centro de salud mental. Su primera vez de consumo data de cuando tenía 18 años de edad. Al inicio del diagnóstico mental se observó Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, embotamiento afectivo, ansioso, inquieto, sudoroso, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Sin conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina: Topiramato 50mg ½ tb noche. Luego de algunos meses de tratamiento se pudo observar Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, afecto: restringido, niega ansias y deseo de consumo, niega ideas auto-hetero agresivas, niega ideas de suicidio, niega pseudo percepciones. Escasa conciencia de enfermedad. El paciente recibió la siguiente medicina. Valproato Sodio 500mg 1tb mañana y noche – Risperidona 2 mg 1 tb noche, durante todo el tratamiento.
- El consumo de marihuana es muy similar a los causados por el consumo de otras sustancias, aunque las consecuencias clínicas a largo plazo pueden ser menos graves. En promedio, los adultos que procuran recibir tratamiento para trastornos por el consumo de marihuana la han consumido casi permanentemente durante más de un año.

- Ambos pacientes con características diferentes uno de ellos todavía vive con su familia depende de ello y el otro una persona que tiene familia y un trabajo estable.
- A pesar de que la frecuencia más alta de consumo fue más de 2 veces al día, el tiempo de consumo entre 1 a 5 años y la forma de consumo más usada fue el cigarrillo de marihuana se evidenció que la mayor cantidad de pacientes presentaban un nivel de adherencia clínica promedio leve, moderado.

RECOMENDACIONES

A nivel de centro de salud mental.

Contar con un ambiente acogedor que incluya espacios con áreas verdes y que brinde tranquilidad; del mismo modo con profesionales especialistas en el campo y que estén comprometidos con la recuperación de los pacientes y un proceso sistemático de trabajo. Programar campañas de sensibilización y de procesos de inducción en los colegios, institutos y universidades.

A nivel de la comunidad.

A pesar que la comunidad y la sociedad es una de las influencias tremenda hacia las personas, esta debe apoyar a los centros que se dediquen a la colaboración de personas que tienen estos trastornos. La discriminación puede ser uno de los factores de la infinidad de aristas que es provocada por la comunidad.

A nivel de la familia.

Debe ser el soporte emocional y el apoyo permanente al familiar consumidor, va ser necesario buscar un tratamiento con personas especializadas y estos los encontramos en los centros de salud mental. Su papel en la recuperación del paciente familiar es crucial, cuando un miembro de la familia está enfermo, todos de alguna manera lo están.

A nivel del paciente.

Buscar apoyo en la familia, a pesar de ser difícil para el consumidor, debe hacer el esfuerzo y apegarse a una figura de admiración para él que puede ser espiritual, en el cual debe apoyarse para sobreponerse a las dificultades en su proceso de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos JA. "Cannabis: ¿Droga de abuso o medicina mágica?". *Ars Médica. Revista de Humanidades*. 2003 2: 210 – 226.
2. García EC, Espada Sánchez JP. "Una revisión histórica de los usos del Cannabis y su regulación". 2006. *Salud y drogas*. Vol. 6, N° 1.
3. United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC. "World Drug Report 2013". Disponible en: www.unodc.org
4. Castro R, Zavaleta A. *Epidemiología de las drogas en la población urbana peruana 2003*. Monografías de Investigación 23. Lima: Centro de Información y Educación Para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) 2004:96.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA. "Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades 2013".
6. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – Devida. *Consumo problemático de marihuana en la población escolar de secundaria. IV Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, 2012*". Lima-Perú, 2014
7. Martínez I. "Propuesta de intervención en un caso de adicción al cannabis", investigación que se presentó para obtener el grado en Psicología, en la Universitas Miguel Hernández Elche, España.2016
8. Garay R. "Consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en pacientes de un centro de rehabilitación". Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú. 2009
9. Santos E. "Trastornos mentales por dependencia de drogas en pacientes varones hospitalizados en el departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo enero 2010 - diciembre 2014". Para optar el título de médico cirujano, en la Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú. 2016
10. El estudio de Bueno L, Guerrero J., Pedrajas R., J. "Prevalencia de Consumo de Marihuana en Estudiantes de Secundaria de Instituciones Educativas Estatales de Ventanilla". Artículo científico que arribó a los

siguientes resultados: el consumo de marihuana en estudiantes de secundaria aumentó en los últimos 6 años. 2015

11. UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas, 2015. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
12. CICAD. Informe del uso de drogas en las Américas [internet]. Washington: OÍD; 2011 [fecha de acceso 6 de mayo del 2020]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf.
13. OPS. Definición del Empoderamiento desde la Perspectiva de las Adolescentes. [internet]. 2006 [fecha de acceso mayo del 2020]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/adolescentes/ddescubriendolasvoces.pdf>
14. APA (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición. Arlington (Virginia, Estados Unidos): American Psychiatric Association.
15. OMS (1993). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
16. Hoch E, Bonnet U, Thomasius R, Ganszer F, Havemann-Reinecke U, Preuss UW (2015). Risks associated with non-medical use of cannabis. *Dtsch Arztebl Int [German Medical Journal International]*. 112:271-8.
17. Chávez V, Tapia L, Rojas M, Zavaleta A. Epidemiología de drogas en la población urbana peruana: monografía [internet]. 26 ed. Lima: Macole S.R.; 2011 [fecha de acceso mayo del 2020]. Disponible en: <http://www.bvcedro.org.pe/bitstream/123456789/118/1/236-CEDRO.pdf>.
18. OMS (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
19. Crean, Crane y Mason (2001)
20. Dines AM, Wood DM, Galicia M, Yates CM, Heyerdahl F, Hovda KE. Presentations to the emergency department following cannabis use—a multi-centre case series from ten European countries. *J Med Toxicol*. 11(4):415-21. (2015)
21. Pacher y Kunos, 2013; Schmid et al., 2010

22. Mittleman MA, Lewis RA, Maclure M, Sherwood JB, Muller JE Triggering myocardial infarction by marijuana. *Circulation*. 103:2805-9.2001
23. Macdonald et al., 2003
24. Hu y Mackie, 2015; Iversen, 2012.
25. Madras BK (2015). Update of cannabis and its medical use. Report to the WHO Expert Committee on Drug Dependence (http://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/6_2_cannabis_update.pdf?ua=1, consultado el 16 de mayo del 2020).
26. Volkow N D. Cannabis and the central nervous system [documento de antecedentes remitido a la Reunión Científica de la OMS sobre los Perjuicios para la Salud debidos al Cannabis, Estocolmo, 21-23 de abril del 2015].
27. Batalla A, Bhattacharyya S, Yücel M, Fusar-Poli P, Crippa JA, Nogué S, et al. (2013). Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. *PLoS One*. 8(2):e55821. doi:10.1371/journal.pone.0055821
28. Volkow ND, Wang GW, Telang F, Fowler JS, Alexoff D, Logan J., Decreased dopamine brain reactivity in marijuana abusers is associated with negative emotionality and addiction severity. 2004. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 111(30): E3149-E3156.
29. Organización Mundial de la Salud (1969). Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. (Serie de Informes Técnicos N°407). Ginebra: OMS.
30. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE y Ministerio del Interior y Salud Pública (2007). Orientaciones Generales para la detección precoz del consume de drogas. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
31. Nató, A y Rodríguez, G. Las víctimas de las drogas. Buenos Aires. 2001. Editorial Universidad
32. Graña Gómez, J. L. (1994). Conductas Adictivas (1 ed.) Madrid: Editorial Debate
33. UNDCP. Demand Reduction. A glosary of terms. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention; 2000.

34. American Psychiatric Association 1995. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002
35. WHO. Lexicon of alcohol and drug terms. Genova: World Health Organization 1994.
36. Stahl, S.M. Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Barcelona: Ariel; 1998.
37. UNDCP. Demand Reduction. A glossary of terms. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention; 2000.
38. McRae, A. L., Budney, A.J., & Brady, K.T. Treatment of marijuana dependence: a review of the literature. 2003, Journal of Substance Abuse Treatment, 24, 369-376.
39. Diamond, G., Godley, S.h., Liddle, H.A., Sampl, S., Webb, C., Tims, F.M., & Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment interventions. Addiction, 97, 70-83.

ANEXOS

Ficha de tamizaje:



FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL "VIF"

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombres y Apellidos: _____ Sexo: M F Edad: _____ Cama: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ EE.SS. al que pertenece: _____
 Teléfono: _____ Servicio de Aplicación: () APN. () Consultorios Externos. () Ginecología. () Emerg. Obst. () ARO
 () Puerperio. () Medicina. () Traumatología. () Cirugía. () Pediatría. () Neonatología. () Otros _____

PERIODO DE APLICACIÓN
Aplicar a partir de 0 años a más años tanto a varones como mujeres

LEA AL PACIENTE:
 Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si están presentando actualmente esta situación para poder participar con ellas en la solución de su problema; por favor, conteste con sinceridad.

A continuación: Marcar con "X" la respuesta

Pregunte:			
Si es adulto (a):		SI	NO
¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?		SI	NO
¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente?		SI	NO
¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?		SI	NO
	¿Quién? _____		
	¿Desde cuándo? _____		
	¿Cuándo fue la última vez? _____		
Si es niña, niño-adolescente:		SI	NO
¿Te castiga tu papá o tu mamá? ¿Cómo?		SI	NO
¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?		SI	NO
	¿Quién? _____		
	¿Desde cuándo? _____		
	¿Cuándo fue la última vez? _____		
MARQUE CON ASPA (X) TODOS LOS INDICADORES DE MALTRATO, QUE ENCUENTRA EN LA OBSERVACIÓN Y/O ENTREVISTA			
En todos los casos: niña(o), adolescente, adultos (s), adulta mayor (o)			
FISICOS	Llanto frecuente	SEXUALES	
Hematomas y contusiones inexplicables	Exagerada necesidad de ganar, sobresalir	Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)	
Cicatrices o quemaduras	Demandas excesivas de atención	Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital	
Fracturas inexplicables	Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños	Embarazo precoz	
Marca de mordeduras	Tartamudeo	Abortos o amenaza de infecciones de transmisión sexual	
Lesiones de vulva, perineo y recto, etc.	Temor a los padres o de llegar al hogar	NEGLIGENCIA	
Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.	Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad	Falta de peso o pobre patrón de crecimiento	
Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).	Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde	No tiene vacunas o atención de salud	
Enuresis (niños)	Bajo rendimiento académico	Accidente o enfermedades muy frecuentes	
PSICOLÓGICO	Aislamiento de personas	Descuido en la higiene y falta de estimulación del desarrollo	
Extrema falta de confianza en sí	Intento de suicidio	fatiga, sueño, hambre	
Tristeza, depresión o angustia	Uso de alcohol, drogas		
Retraimiento	Tranquilizantes o analgésicos		

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

RESULTADOS: _____

UNA SÓLA RESPUESTA POSITIVA INDICA UN POSIBLE CASO CON RIESGO DE VIOLENCIA INTRA FAMILIAR Y/O MALTRATO INFANTIL.

Fecha: / / 20_____	Firma y Sello del Profesional que realizó el tamizaje
Derivado por:	Firma y Sello:
Interconsulta a Psicología y/o Psiquiatría	Si () No ()
	Servicio Social Si () No ()

Ficha Cuestionario de síntomas:



CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS "SQR" - 28 SELF QUESTIONARY REPORTING

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombres y Apellidos: _____ Sexo: M F Edad: _____ Cama: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ EE.SS. al que pertenece: _____
 Teléfono: _____ Servicio de Aplicación: () APN. () Consultorios Externos. () Ginecología. () Emerg. Obst. () ARO
 () Puerperlo () Medicina. () Traumatología. () Cirugía () Otros _____

PERIODO DE APLICACIÓN
 Aplicar a partir de los 15 años hasta los 60 años de edad, para varones y mujeres

LEA AL PACIENTE: PRESTA ATENCIÓN A TU CUERPO, A VECES SE ENFERMA PARA QUE SANE TU ALMA. Por favor, conteste con sinceridad y elija la respuesta que más se asemeje a como se ha sentido en los ÚLTIMOS 15 DÍAS
 A continuación: Marcar la respuesta con "X"

1. ¿Sufre de fuertes dolores de cabeza frecuentemente de dos o más veces por semana?	SI	NO
2. ¿Su apetito sea alterado? no siente deseos de comer o come mucho	SI	NO
3. ¿Se demora dos o más horas en quedarse dormido o se levanta muy temprano (madrugada) no puede volver a dormir?	SI	NO
4. ¿Se asusta con mucha facilidad; es decir, anda como sobresaltado o todo le asusta?	SI	NO
5. ¿Se siente tembloroso, sufre de temblores continuos en las manos que antes no presentaba?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido bastante nervioso, tenso, aburrido o estresado?	SI	NO
7. ¿Sufre de mala digestión, todo lo que come frecuentemente le cae mal al estómago?	SI	NO
8. ¿Siente que no puede pensar con claridad, a tal punto que no puede realizar sus labores de 1 día?	SI	NO
9. ¿Se siente triste, melancólico o desilusionado, la mayor parte del tiempo todos los días?	SI	NO
10. ¿Llora con mucha frecuencia de manera descontrolada, por cualquier cosa?	SI	NO
11. ¿Se siente descontento con sus quehaceres y/o actividades que realiza diariamente?	SI	NO
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones, aún en el caso de situaciones sin mayor importancia?	SI	NO
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo/estudio; es decir, no puede concentrarse en su labor/estudio o se le olvidan las cosas?	SI	NO
14. ¿Siente o se considera Ud. una persona inútil, incapaz de desempeñar un papel valioso en su vida?	SI	NO
15. ¿Ha perdido totalmente el gusto y/o interés por las cosas que antes le llamaban la atención?	SI	NO
16. ¿Se siente aburrido, es decir, no tiene ganas de hacer las cosas como antes las hacía?	SI	NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida, estas ideas o pensamientos son frecuentes? ¿Cuándo tiene estas ideas? ¿Cómo ha pensado hacerlo?, ¿Por qué ha pensado hacer esto?	SI	NO
18. ¿Se ha sentido muy cansado, fatigado o sin fuerzas todo el tiempo, sin que haya una causa para ello?	SI	NO
19. ¿Siente que alguien lo persigue persistentemente, para hacerle daño; lo ve en todas partes sin que otros lo puedan ver y esto lo mantiene muy preocupado?	SI	NO
20. ¿Tiene poderes especiales, sobrenaturales que le hacen dominar el pensamiento de los demás?	SI	NO
21. ¿Siente que los demás controlan su mente, le dan órdenes hipnotizándolo, le ordenan que se haga daño o haga daño a los demás?	SI	NO
22. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen estando despierto, esas voces lo sorprenden o lo asustan? Si las voces consisten simplemente en escuchar su nombre en forma ocasional, aún cuando no haya nadie alrededor, esto se marcará como "No". Todas las demás situaciones se marcarán "SI".	SI	NO
23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caída al suelo con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de lengua o pérdida de conocimiento? Aquí es necesario que se hayan presentado todos estos indicadores para considerar la respuesta como positiva.	SI	NO
24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, amigos, médico, etc. que usted está bebiendo demasiado alcohol?	SI	NO
25. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida alcohólica, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?	SI	NO
26. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO
27. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado alcohol?	SI	NO
28. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber alcohol pero no ha podido?	SI	NO

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

RESULTADOS:

Para interpretar los resultados del cuestionario; asume un punto por cada respuesta "si" de acuerdo a la siguiente tabla:

DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como son los depresivos, ansiosos y otros.	9 o más respuestas positivas	Caso probable de alteración emocional
Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico	1 sola respuesta positiva	Caso probable de psicosis
La pregunta 23 indica trastorno convulsivo	1 sola respuesta positiva	Caso probable de trastorno convulsivo
Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo de alcohol	1 sola respuesta positiva	Caso probable de riesgo alcohólico
Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las cuatro, indican que efectivamente se trata de una caso.		
Fecha: / / 20	Firma y Sello del Profesional que realizó el tamizaje	
Derivado por:	Firma y Sello:	
Interconsulta a Psicología y/o Psiquiatría	Si () No ()	Servicio Saeif Si () No ()

Fotografías:



Foto N° 01: Puerta de acceso al servicio apacientes



Foto N° 02: Sala de atención



Foto N° 03: SSHH del servicio médico



Foto N° 04: Sala de paciente