EL LENGUAJE ENFERMERO DE LAS DROGAS

DOMINIOS, ADOLESCENCIA Y SALUD MENTAL

Mª Isabel Márquez Romero
Mª Isabel Cabellos García
Eva Paniello Cabellos

CAEMIL
Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD)
Consorcio Parc de Salut Mar

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es un problema que despierta preocupación en todos los países del mundo dadas las consecuencias que acarrea, tanto desde el punto de vista de la salud, como desde el punto de vista social, cultural, ideológico y político (1). Este uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad social. Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos más vulnerables que otros a sufrir consecuencias negativas de su uso, como los niños y los jóvenes, quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida (2)

Las últimas previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que para el año 2020, el 75% de las personas con una enfermedad mental crónica tendrá, además, algún problema de adicción (1)

El origen etimológico de la palabra adicción, que procede del inglés, significa el poder de disponer del cuerpo ajeno en pago de una deuda. Definición que pone el acento en la imposición de la sustancia sobre la persona. Podemos definir adicción como una enfermedad compleja que se caracteriza por un deseo, búsqueda y consumo compulsivo y a veces incontrolable, que persisten incluso ante consecuencias negativas y con posibles recaídas inclusive tras largos períodos de abstinencia (3)

Desde hace años ha tenido lugar un aumento significativo en la prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos asociados o diagnósticos de comorbilidad (1). Este incremento en la prevalencia, es cada vez más, una realidad presente en la práctica diaria de enfermería. Las enfermeras que brindamos cuidados en el ámbito de la enfermería de salud mental, detectamos día a día, que un alto porcentaje de individuos jóvenes que ingresan en agudos, presentan al mismo tiempo una patología psiquiátrica y problemas de adicción; lo que nos plantea la siguiente dicotomía: ¿Se trata de patología dual?. Con este término, como su nombre indica, nos estamos refiriendo a dos tipos de patologías que coexisten en una misma persona: un trastorno psicopatológico o psiquiátrico grave y otro

trastorno relacionado con el consumo de drogas. Sin embargo, este término ha adquirido múltiples connotaciones pudiendo significar, que ambos diagnósticos son independientes y ocurren de forma simultánea, y/o que el síndrome psiquiátrico puede haber sido inducido por sustancias o, que el de trastorno por uso de sustancias, es secundario a un trastorno psiquiátrico (1). Esto trastornos tienen una prevalencia mayor entre las personas que tienen un trastorno por abuso de sustancias. El 50% de los enfermos psiquiátricos desarrollan un trastorno por abuso de sustancias a lo largo de su vida y hasta el 36% de los enfermos drogodependientes presentan un trastorno psiquiátrico (4)

La adolescencia es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas (5, 6). Es una etapa importante en el desarrollo del individuo, pues es una época llena de cambios que marcaran el futuro: cambios cognitivos, desarrollo del pensamiento abstracto y máxima capacidad intelectual. Las relaciones interpersonales se modifican notoriamente, se produce una separación de las actividades familiares y se desarrollan amistades intimas que pasan a desempeñar un papel muy importante en la vida social del adolescente. Todos estos cambios facilitan que sean estos individuos los más proclives a la búsqueda de experiencias nuevas y aquellas que pueden dar carácter de madurez a su personalidad (5). Se trata del período de la vida en el que tiene lugar el encuentro, la experimentación con el tabaco y el alcohol, y durante él se perfilan las actitudes ante las drogas de uso no institucionalizado (6, 7). El consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia, se asocia al ocio y a las relaciones sociales.

LA CULTURA DE LA "FIESTA"

Una nueva sociedad emerge a mitad de los años 80, respondiendo a diferentes retos y situaciones: las corrientes pacifistas, la masificación universitaria, la reivindicación naci
representaban formatos sobre los que se van articulando una nueva cultura juvenil. Su extensión y éxito puede atribuirse a varios factores, pero fue *"sin duda la falta de alternativas, el vacío cultural en el que crecía la democracia y la sociedad de consumo, las que propiciaron la emergencia de la cultura de la fiesta, la tolerancia hacia el consumo de drogas y la eclosión de los comportamientos*

narcisistas" (8). En gran medida esta cultura de la fiesta ha venido

es sino una forma global de referirse a las características de los espacios, horarios, etc. Que conforman el comportamiento festivo y de consumo de sustancias de los jóvenes españoles de los últimos 15-20 años (8)

Nuestros adolescentes se sienten incomprendidos y en lucha constante por

de una cultura juvenil que, está directamente relacionada con la aparición de nuevos hábitos y comportamientos en torno a *"la fiesta"*

"aquí estoy" ello comporta aspectos de

donde se aprecia ese carácter de exhibicionismo, de escaparate de uno mismo. (9). La propia congregación de la juventud es espectáculo, sobre todo cuando se trata de juventud uniformada por la indumentaria, la música y la ideología. En los jóvenes, la presión hacia el estilo de vida del grupo de iguales, puede conducir a una situación de inadaptación personal, que aunque no se manifieste en un comportamiento socialmente inadaptado, supone una insatisfacción vital. A menudo necesitan instrumentos que ayuden a mantener ese frágil equilibrio entre la renuncia de sus propias metas y la presión social. Para eso la sociedad ofrece una productiva industria, por ejemplo de alcohol o de drogas ilegales, sin tener en cuenta los efectos sobre la salud, los efectos sociales, ni los costes económicos. Se trata de una adaptación social pero frecuentemente a costa de una inadaptación personal (10)

Los pacientes duales son pacientes que presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, ingresan más, presentan más riesgo suicida, tienen peor adherencia a los tratamientos, utilizan mayor cantidad de dispositivos sanitarios y sociales (11). El manejo conductual de estos pacientes y sus cuidados suponen un reto para el personal de Enfermería de un hospital psiquiátrico. Esto hace cada vez más evidente la necesidad de:

- Valorar tanto el aumento del trabajo como la complejidad de la labor de Enfermería de salud mental en el ámbito hospitario; desarrollando la sensibilidad del personal de Enfermería para abordar al paciente en una situación de consumo de tóxicos. Esta sensibilidad se convierte en un elemento básico e imprescindible para atender adecuadamente a este tipo de pacientes.

- Destacar la importancia del empleo de los planes individualizados de cuidados de enfermería, como herramienta que permite de forma dinámica mantener un nivel de cuidados ajustado a las necesidades del paciente en todo momento (12)

La detección a través de este estudio del uso y/o abuso de tóxicos en la adolescencia, la identificación de personalidades de alto riesgo y el entendimiento de la historia personal del individuo, puede ayudar a desarrollar El dar respuesta a estas necesidades, redundará sin duda alguna en una mayor calidad asistencial en el cuidado integral del paciente psiquiátrico; y obtenerlas a través de herramientas propias de enfermería, fomentará el conocimiento científico de la disciplina enfermera. Pues, aunque ha aumentado el número de publicaciones y trabajos sobre la patología dual, poco se conoce todavía acerca del manejo y del tratamiento. Por ello es necesario profundizar en este campo, con nuevos trabajos de enfermería, pues el consumo/abuso de drogas y alcohol -durante el periodo de la adolescencia- entre los pacientes afectados por un trastorno mental está convirtiéndose en uno de los problemas más significativos a los que nos enfrentamos los profesionales de enfermería implicados en el cuidado de estos pacientes, pues

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo principal de esta investigación fue la elaboración y puesta en marcha de una valoración de enfermería por dominios NANDA, a individuos que habían consumido tóxicos durante la adolescencia y/o consumen tóxicos en la actualidad, ingresados en una unidad de salud mental. Los objetivos específicos fueron:

1.- Detección y diferenciación entre los pacientes con antecedentes y/o consumo actual de tóxicos de los que no; a través de la valoración/entrevista de enfermería, según Modelo de Virginia Henderson.

2.- Elaboración de un cuestionario para la valoración de enfermería basada en los dominios de la Nanda y puesta en marcha, profundizando en el conocimiento de la cultura juvenil y los nuevos hábitos en torno , de los individuos consumidores o con antecedentes de consumo.

3.- Estudio de los Dominios NANDA más afectados en los informantes, manifestaciones clínicas y diagnósticos de enfermería.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y aleatorio simple, aplicando un diseño metodológico cuantitativo y cualitativo, exploratorio y descriptivo, de un año de duración 2008-2009, desde una perspectiva hermenéutica, a través de un análisis de 67 casos clínicos. El grupo de informantes estuvo constituido por 120 sujetos ingresados en una unidad de agudos psiquiátrica. Al realizar la primera aproximación al análisis de la valoración de enfermería -según Modelo

casos clínicos, es decir 67 usuarios, habían consumido o consumen en la actualidad algún tipo de sustancia tóxica (Véase Gráfico 1). Estos 67 casos configuran la población de estudio que nos ocupa en esta investigación. Los criterios de inclusión fueron estar hospitalizado durante junio de 2008 - Junio de 2009 en la unidad de agudos y haber consumido tóxicos en la adolescencia o consumir actualmente.

Las técnicas utilizas para esta investigación fueron: una primera entrevista estructurada con guión según Modelo de Virginia Henderson (13, 14,15) y una segunda entrevista a través de un cuestionario con preguntas cuantitativas y cualitativas, según dominios NANDA (16, 17,18). También utilizamos observación participante/trabajo de campo, fuentes documentales y bibliográficas.

Para realizar la primera entrevista a los 120 informantes se utilizó una valoración de enfermería basada en las catorce necesidades de Virginia Henderson (13 y 14) adaptada por el centro de trabajo. Para la segunda

a la población de estudio, una segunda valoración de enfermería para conocer lo hábitos de la cultura juvenil, basada en los dominios de la Taxonomía NANDA-I (16). (Véase ilustración 1). Esta taxonomía es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Commitée for Nunsing Practice Information Infraestructura (CNPII) de la American Nursing Association (ANA) (18). El propósito de tal estructura era hacer visible la relación entre las tres clasificaciones -diagnóstico enfermeros, intervenciones enfermeras NIC, resultados enfermeros NOC - y facilitar la vinculación de los tres sistemas (16)

La taxonomía está estructurada en tres niveles: 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos de enfermería (19). vidad,

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la repuesta del individuo, la familia o la comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. El dominio funcional incluye diagnósticos, objetivos e intervenciones para promover las necesidades básicas. Dentro de este dominio encontramos la clase de autocuidado y la clase de sueño/reposo. El dominio fisiológico incluye diagnósticos, objetivos e intervenciones para promover una optima salud biofísica. Dentro de este dominio encontramos la clase de integridad tisular. El dominio psicosocial incluye diagnósticos, objetivos e intervenciones para promover una salud mental y emocional óptima, así como el funcionamiento social. Dentro de este dominio encontraríamos las clases de conducta, comunicación, afrontamiento, emocional, conocimientos, roles/relaciones, y autopercepción. El dominio ambiental incluye diagnósticos, objetivos e intervenciones para promover y proteger una salud ambiental y la seguridad de los individuos, sistemas y comunicaciones. En este dominio no existen clases (16,19)

Para el análisis cuantitativo se utilizó el SPSS.11. Para el análisis de los datos cualitativos utilizamos el análisis de contenido (20).

Aunque para los participantes no implicaba ningún riesgo, ni conllevaba efectos perjudiciales para la salud, tuvimos en cuenta, unas consideraciones

generales con la finalidad de prevenir problemas de tipo ético: consentimiento informado, confidencialidad y permiso institucional (21, 22).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La población de estudio estaba formada por 38 hombres y 29 mujeres todos consumidores de uno o más tipos de tóxicos. La edad de los sujetos está comprendida entre los 18-45 años, siendo la media de edad de los sujetos de 31,5 años. Predominan con un 31% los ingresos, un 20% los reingresos, un 22 % son voluntarios -aunque no tengan demasiada conciencia de enfermedad, aceptan su ingreso- y un 10% involuntarios, un 3% de estos ingresos era programado y el resto provenía del servicio de urgencias. Estos primeros ingresos coinciden con edades tempranas que oscilan entre los 15 años y más de 30 años. Decir, que el 36 % de ingresos entre los 15 y los 18 años, corresponden a individuos que han tenido un ingreso hospitalario en centros infanto-juveniles. Puesto que nuestro centro, no admite ingresos menores de 18 años. El 5 % son individuos con 18 años, el 34% de 20-30 años y con un 25% individuos de más de 30 años (véase gráfico 2)

Existe una relación directa entre la duración de la estancia hospitalaria y el tipo de ingreso. Con un 43 % tenemos los usuarios qua han ingresado de 1 a 5 días. Con un 31% de 5 a 7 días, con un 13 % de 7 a 10 días, un 5% de 10 a 15 días, un 5 % de 15 a 20 días y por último con un 3% los individuos que han ingresado por un periodo de más de 20 días.

El mayor consumo de tóxicos es de los 16 años a los a 18 años con un 39% y de los 19 a los 21 años con un 62% de los casos en total. En el intervalo de más de 21 años las cifras disminuyen. La edad de inicio para salir de noche coincide con la edad de inicio del consumo de tóxicos. Hay inicios entre los 12 y 15 años con un 22%, pero los datos más altos están alrededor de los 16 y 21 años con un 36%, seguida de los 19 a los 21 con un 30%. Está claro que el - Pues el mayor consumo lo encontramos en esta etapa. Un factor importante es saber

pasado adolescente de la persona. Los datos cuantitativos hablan de individuos

que consumen actualmente sustancias tóxicas con un 37%, mientras que un 63% no lo hace. Se pueden especificar en los consumos previos de la esquizofrenia, 16 han consumido en el pasado y 8 todavía lo hacen en el presente. En la esquizofrenia tipo paranoide de los 19 casos que han consumido en el pasado, 8 todavía consumen ahora. De los trastornos límites de personalidad de los 9 casos que han consumido en el pasado, ahora consumen todavía 6. Es decir, que en el momento del ingreso seguían consumiendo tóxicos.

En el caso de la esquizofrenia, 67% ha consumido en el pasado y tiene actualmente esquizofrenia y un 33% continúa consumiendo al presente con la misma enfermedad. En el caso de la esquizofrenia tipo paranoide pasa el mismo que en la esquizofrenia: 70% eran consumidores del pasado con enfermedad presente y un 30% son consumidores actualmente. En el caso de los trastornos límites de personalidad, un 60% eran consumidores pasados y un 40% del presente (Véase tabla1)

En cuanto a la primera vez que consumieron decir que, a un 51% le ofreció otra persona, un 22% lo hizo él solo, y por último, un 27% porque lo hacían los demás. La pregunta de ¿quién os ha ofrecido alguna sustancia? no se ha considerado porque les ha resultado muy difícil y violenta de responder. En la mayoría de los casos está claro que han consumido porque se lo ha ofrecido otra persona, por imitación, de forma solitaria y por último por iniciativa propia.

Los diagnósticos psiquiátricos de mayor prevalencia en la población de estudio fueron, en primer lugar, la esquizofrenia tipo paranoide con 19 casos, la psicosis, denominada también trastorno psicótico, o psicosis esquizofrénica con 16 casos, el trastorno por dependencia del alcohol con 12 casos y por último el trastorno de personalidad límite con 9 casos (Véase Gráfico 3). Otros diagnósticos presentados por los usuarios eran: el trastorno maníaco en fase bipolar, la esquizofrenia no especificada, el trastorno por dependencia al cannabis, el trastorno por dependencia a la cocaína, el retraso mental como diagnóstico, la esquizofrenia tipo afectiva, el trastorno obsesivo-compulsivo y la personalidad antisocial.

seguido del alcohol con un 21%, el tabaco con 16%, un 8% cocaína, 7% benzodiacepinas y drogas de diseño, 3% heroína y anfetaminas, y un 3% otros tóxicos (véase gráfico 4). Hemos encontrado diferencias entre ambos sexos, (véase gráfico 5,6), el cannabis con un 36% es el más utilizado por las mujeres frente a un 32% en hombres. En contraposición encontramos que el alcohol es más utilizado por los hombres, un 35% frente a un 21% de las mujeres. La cocaína la encontramos en un 12% en hombres y un 5% en mujeres. La heroína un 11% es consumida por hombres y un 6% por mujeres. Sin embargo las drogas de diseño son más consumidas por mujeres con un 4% frente a un 2% hombres. En contraposición encontramos que el consumo de anfetaminas es de 4% en hombres y de un 2% en mujeres. Las benzodiacepinas con un 22% en mujeres y un 1% en hombres y, por último, un 4% otros tóxicos en mujeres y un 2% en hombres. En resumen decir que los hombres consumen más alcohol, seguido del cannabis, la cocaína, heroína, anfetaminas y por último las benzodiacepinas. Y las mujeres, por el contrario, consumen en primer lugar cannabis, seguido de benzodiacepinas, alcohol, heroína, cocaína, drogas de diseño, anfetaminas y por último otras drogas.

En muchos casos, es difícil que el enfermo considere el tabaco o la cafeína como sustancias tóxicas, por lo cual los datos son poco fiables y posiblemente sean superiores a las cifras obtenidas. El consumo de cannabis, está por encima de los demás, y está directamente relacionado con el uso indiscriminado de tabaco que presenta la juventud en fines de semana, pues es utilizado en la mayoría de los casos como si fuera simplemente tabaco.

El consumo de alcohol, cocaína, y benzodiacepinas muchas veces está

una sustancia conlleva a otro abuso. Lo sorprendente es el aumento creciente de las drogas de diseño, la disminución o carencia de reconocimiento de las anfetaminas, y la disminución franca del uso de la heroína -posiblemente relacionada con la dificultad de vía de administración y con las enfermedades añadidas tales como el SIDA -.

En cuanto a las frecuencias de consumo obtenidas decir que, nos encontramos con frecuencias: diarias, con un 57%; semanales, con un 32%; y mensuales, con un 11%. La mayoría son diarias, pero como ya hemos visto es difícil de determinar, por el uso simultáneo de drogas y las situaciones personales que pueden ir cambiando puesto que, una misma persona puede consumir una sustancia diariamente y otras, de forma más esporádica-.

Algunos diagnósticos médicos que presentan los informantes son derivados del propio consumo y de la dependencia a sustancias (Véase gráfico7). A continuación presentamos el tipo de tóxicos consumido por cada una de las patologías médicas prevalentes en la población de estudio.

De los 19 casos diagnosticados de esquizofrenia tipo paranoide, 13 personas que significan un 32%, han consumido cannabis (CNN), seguido de un 24% con consumo de alcohol, un 15% con consumo múltiple, un 12% otras drogas, 7% cocaína, 5% con drogas de diseño y heroína (véase gráfico 8)

En el caso de psicosis esquizofrénica, 16 casos han consumido, 11 casos ha sido CNN -solo o con otras sustancias- representa un 31%, 4 casos alcohol con un 21%, 20% con ingesta múltiple, 12% casos cocaína, 6% con consumo de drogas de diseño y heroína (véase gráfico 9)

En el trastorno límite de personalidad 9 casos -un 32%- han consumido cannabis, 7 alcohol, que representa el 25%, 18% con ingesta múltiple, 11% otras drogas, 7% cocaína, 4% drogas de diseño y por último con un 3% heroína y el resto otros tóxicos asociados (Véase gráfico 10)

El resto de diagnósticos médicos son importantes, pero no de forma tan significativa, pues solo hay cinco casos.

Se puede apreciar, que en la mayoría de los casos está presente el CNN y el alcohol. La heroína se encuentra en solamente 7 casos, la cocaína en 16 casos, y son las benzodiacepinas y el consumo de drogas de diseño, los que van que van en aumento en detrimento de las anfetaminas y la heroína. Se han podido ver nuevas adiciones cómo son juego patológico y la reacción no adaptativa.

Dentro de los trastornos por dependencia detectados y que son producidos únicamente por tóxicos, hemos seleccionado- para la presentación de la metodología enfermera- solo los dos más prevalentes pues la extensión de esta presentación no puede exceder las 15 páginas- Estos trastornos son: la dependencia al alcohol y la dependencia al cannabis (Véase gráfico 11 y 12)

En el trastorno por dependencia al alcohol, las manifestaciones clínicas principales son las ideas autorreferenciales, una inquietud de la conducta compulsiva, heteroagresividad y alteraciones de la concentración; y en el trastorno por dependencia al cannabis, la alteración de los procesos del pensamiento, irritabilidad y alucinaciones. En el caso del abuso de medicación existe mucha sintomatología del comportamiento, con inquietud y conductas manipuladoras. Los otros diagnósticos por dependencia a tóxicos son: dependencia a barbitúricos y sedantes hipnóticos con 1 caso, dependencia a tóxicos con 1 caso, dependencia tipo opio con 1 caso. En ellos encontramos alterados: el estado de ánimo, el comportamiento todo ello acompañado de sintomatología productiva y un deterioro en la comunicación.

El proceso enfermero es una herramienta utilizada para el cuidado, que surge de una necesidad de brindar a los individuos sanos y enfermos una atención sistematizada. La valoración es la primera etapa del proceso, la hemos realizado a través de la observación y una entrevista basada en los dominios NANDA. La propia NANDA-I aconseja métodos de acción participativa donde sean los enfermeros de cada ámbito clínico los que determinen los términos específicos de la NANDA, NIC y NOC aplicables a los pacientes que atienden (16?). Para la presentación de dominios y los diagnósticos comentar que solo presentamos aquellos que tienen más importancia en salud mental.

Los dominios más alterados en la población de estudio según NANDA (19) han sido actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia al stress, seguridad/protección y confort. Dentro del dominio Nº4 actividad/reposo, encontramos los siguientes diagnósticos; insomnio, déficit de autocuidado: baño y déficit de autocuidado: vestido. El dominio Nº 5 percepción/cognición los diagnósticos utilizados son: trastornos

de los procesos del pensamiento, síndrome de deterioro de la interpretación del entorno, confusión aguda, trastorno de la percepción sensorial, conocimientos deficientes, planificación ineficaz de actividades, el dominio de autopercepción con los diagnósticos: riesgo de soledad, trastorno de la imagen corporal, trastorno de la identidad personal, baja autoestima situacional, desesperanza, riesgo de baja autoestima situacional. El dominio Nº 7 rol/relaciones los diagnósticos más frecuentes son: deterioro de la interacción social, interrupción de los procesos familiares, procesos familiares disfuncionales; alcoholismo. El dominio Nº 9 afrontamiento /tolerancia al estrés los diagnósticos prevalentes son: afrontamiento ineficaz, afrontamiento defensivo, negación ineficaz, afrontamiento familiar incapacitante y comprometido, ansiedad, temor. En el dominio Nº 10 principios vitales, solo encontramos un diagnóstico: incumplimiento. El dominio Nº 11 seguridad/protección los diagnósticos encontrados: riesgo de violencia autodirigida, y riesgo de violencia dirigida a otros, riesgo de suicidio y protección riesgo de intoxicación. El dominio Nº12 confort, con un solo diagnóstico también: aislamiento social.

Al trabajar con la taxonomía NANDA (19) en el ámbito de salud mental-durante tantos años y según la experiencia que nos brinda nuestro juicio clínico-- nos encontramos con una serie de dificultades que a continuación exponemos. Para la exposición de estas dificultades hemos confeccionado una tabla comparativa (Véase tabla 2) donde incluimos dominio alterado, clase, manifestación clínica y diagnostico de enfermería. Como se puede apreciar en dicha tabla, la dificultad principal se nos brinda cuando nosotras detectamos a través de la entrevista de enfermería y de la historia clínica del usuario, que

existen diagnósticos específicos que definan estas manifestaciones o síntomas. En estos casos lo que solemos hacer es seleccionar aquel diagnóstico de

En el caso que nos ocupa en esta investigación, sobre el abuso/consumo de tóxicos, hemos detectado que actualmente según la NANDA (19), no existe

ningún diagnostico especifico para este problema. Solo tenemos el diagnóstico 00063 procesos familiares disfuncionales: alcoholismo. Razón por la cual optamos por asociarlo a algunos diagnósticos: 00037 riesgo de intoxicación relacionado con abuso y/o consumo de tóxicos, perteneciente al dominio 11: seguridad, clase 4: peligros ambientales o unir este al 00130 trastornos de los procesos del pensamiento, o al diagnostico 00082 manejo inefectivo del régimen terapéutico estos diagnósticos son los se prestan y nos dan más juego para poder establecer relaciones-. Lo que nos resulta contradictorio, pues según NANDA (23) ya avisaba que se eliminarían diagnósticos si no se aportaba evidencia suficiente que lo sustentara: ***"****La NANDA indica que se han eliminado 6 Diagnósticos de la edición 2007-08 (…), 00081 Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad, 00084 Conducta generadoras de salud., 00130 Trastorno de los procesos del pensamiento* (23) *NANDA-I eliminará diez etiquetas diagnósticas en 2009-2010"* (24),

CONCLUSIONES

Con este estudio podemos confirmar que existe una disminución de la edad de inicio de los consumos y/o abusos de tóxicos, pues los inicios van de los 12 años a los 21, siendo entre 16 y 18 años los índices de consumo más alto. Este inicio coincide con la edad en qué los adolescentes empiezan a salir con los

ión, el poco desarrollo del carácter y de criterio personal, todos ellos, indican la vulnerabilidad que presentan en estas edades. Existe también una disminución de la percepción del riesgo en relación con el consumo de drogas, así como una facilidad a la accesibilidad de las mismas. Un aumento de los daños sobre la salud producidos por el consumo de cannabis, cocaína, medicamentos, o consumo excesivo de alcohol. Se puede decir que, con frecuencia los adolescentes no ven la relación entre sus acciones en el presente y las consecuencias del futuro. Los problemas de los otros no son para ellos, la mayoría no piensa que el consumo de tóxicos puede ser el origen de una enfermedad psiquiátrica.

Con esta investigación hemos querido potenciar la utilización de la Metodología de Cuidados en la Atención de Enfermería en Salud Mental: cuidados

específicos a las persona ingresadas -en una unidad de agudos psiquiátrica y que presentaban antecedentes de consumo de tóxicos en la adolescencia o consumían actualmente-, a través de los Dominios y Diagnósticos NANDA, gracias a la estandarización de dichos cuidados. Por ello, este trabajo, no es más que el reflejo del trabajo realizado por un equipo de enfermeras preocupadas por conocer los hábitos y costumbres de nuestro pacientes en

responsabilidad nuestra evolucionar como profesionales, tanto en los aspectos formativos como en las nuevas formas de hacer, consolidando el trabajo en equipo y fomentando la inquietud constante en la búsqueda de nuevos caminos, consiguiendo con todo ello dar un paso más en el desarrollo de las competencias de enfermería.

El resultado

mero en el ámbito de la salud mental. Pues carecemos de diagnósticos específicos en nuestro campo, y los que existen si no los trabajamos- corren el riesgo de eliminarse. Disponemos de muchos diagnósticos que son genéricos y otros son disposiciones, pero en la práctica

todo una disposición para mejorar su estado de salud, pues muchos de ellos no presentan conciencia de enfermedad, entonces ¿por qué van a querer mejorar su estado de salud? En contraposición presentan muchos riesgos, que están

Por todo lo expuesto, desde esta investigación, queremos concienciar a todas las enfermeras que trabajan en el campo de la salud mental, de la necesidad de trabajar y desarrollar diagnósticos de enfermería NANDA, específicos en nuestro campo para enriquecer la disciplina, facilitar nuestro trabajo y brindar cuidados más específicos a nuestros pacientes. Los nuevos hábitos de la cultura juvenil en torno a la fiesta, el consumo y/o abuso de tóxicos en la adolescencia, es una realidad, que abre nuevos caminos a las enfermeras y a nuestra disciplina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patología dual. Rev. Infonova. Julio/Agosto 2009 15(2) [En línea] [fecha de acceso: 10 de Agosto 2010] URL disponible en http://www.dianova.es/docs/infonova/Infonova15.pdf.

2. Gómez H. El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones. Salud pública Méx [serial on the Internet]. 1999 May [cited 2010 Nov 08]; 41(3): 257-258. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341999000300014&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36341999000300014.

3. Barbado A. Estrategias preventivas en alcoholismo. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en uso y abuso de alcohol. Ministerio de sanidad y consumo. Organización médica colegial de España 2006. [En línea] [fecha de acceso: 8 de Noviembre 2010] URL disponible en http://www.msc.es/gl/alcoholJovenes/docs/guiaBPCusoabusoAlcohol07.pdf#page=90

4. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Monografía alcohol. Adicciones 2002; 14 (Supl): 195-219.

5. García-Cabeza I et al. Trastornos adictivos. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave. Rev., Elsevier. 2008; 10:32-41. [En línea] [fecha de acceso: 8 de Noviembre 2010] URL disponible en http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=66.249.71.241&articuloid=13117593

6. Franzkowiak P. Risk taking and adolescent development. The functions of smoking and alcohol consumption in adolescence and its consequences for prevention. Health Prom 1987; 2: 51-61.

7. Elzo J. Los jóvenes y su relación con las drogas. Vitoria: Publicaciones del Gobierno Vasco; 1989

8. Comas A. Los jóvenes y el uso de drogas en España en los años 90. Madrid. Instituto de la Juventud 1994, 24-5)

9. Gamella J. F. , A. Álvarez, Romo N.
y nuevas culturas juveniles Rev. De Estudios de juventud 1997; 40/97. [En línea] [Fecha de acceso: 10 de Agosto 2010] URL disponible en http://www.portaldelajuventud.org)

10. Mingote J. C. Requena M. El malestar en los jóvenes. Contexto, raíces y experiencias. Ed. Díaz de Santos 2008 pág. 99.107

11. Roncero C. y Barral C., El abordaje integrado en Patología Dual. 3/nov/2009. [En línea] [fecha de acceso: 8 de Noviembre 2010] URL disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/patologia_dual/44979

12. Baraiazarra J. Escobar Mª J., Omagogeasko JL. La patología dual en la enfermedad crónica. Abril 2004 [En linea] [fecha de acceso: 8 de Noviembre 2010] URL disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/v19hber0009/eu/contenidos/informacion/hber_actividades_cientificas/eu_hber/adjuntos/ponencia_patologia_dual_VI.pdf

13. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: consejo Internacional de Enfermeras; 1971.

14. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana; 1994.

15. Marrimer A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. ·. Ed. Madrid: Elsevier Sciencie, 2002). La práctica la teoría y la investigación en enfermería están relacionadas.

16. NANDA-I: Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación, 2007-2008. Ed. Elsevier. 2007

17. Márquez I.; Molina J.L., Ugalde M. Análisis de Redes Sociales desde una perspectiva antropológica: Aplicación práctica en investigación de Diagnósticos de Enfermería en Salud Mental. Rev. Interpsiquis.; 9/feb/2007. [En línea] [fecha de acceso: 8 de Noviembre 2010] URL disponible en http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/29221/?++interactivo

18. Alvarez M. Cuervo, M.L., Espinal M.T., Castano J. Diagnosticos de enfermeria, perfil social y clínico de adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación de Medellín 2006. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* [online]. 2008, vol.4, n.1 [citado 2010-11-05], pp. 00-00. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1806-6976.

19. NANDA-I: Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Ed. Elsevier. 2007

20. Garcés J, Martínez MA. Necesidades colectivas y servicios sociales. Alicante: Instituto de Cultura; 1992

21. Borbón J. C. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2002. [En línea] [fecha de acceso: Enero 2009] En http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2002/22188

22. Carrillo A. El tratamiento de los datos personales en los documentos de seguridad. Noticias jurídicas. 1999. [En línea] [fecha de acceso: Enero 2009] en http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo15-1999.html

23. Observatorio de la metodología enfermera. Diagnósticos de Enfermería NANDA. Novedades edición 2009 - 2011 16/4/2010 En línea] [fecha de acceso: Noviembre 2010] En http://www.ome.es/index.cfm

24. NANDA-I eliminará diez etiquetas diagnósticas en 2009-2010. Rev. Digital, AENTDE Posted on Domingo, 24 febrero a las 12:10:00; 40/97. [En línea] [Fecha de acceso: 20 de Noviembre 2010] URL disponible en http://www.aentde.com/modules.php?name=News&file=article&sid=55

ANEXOS

DOMINIOS NANDA-I

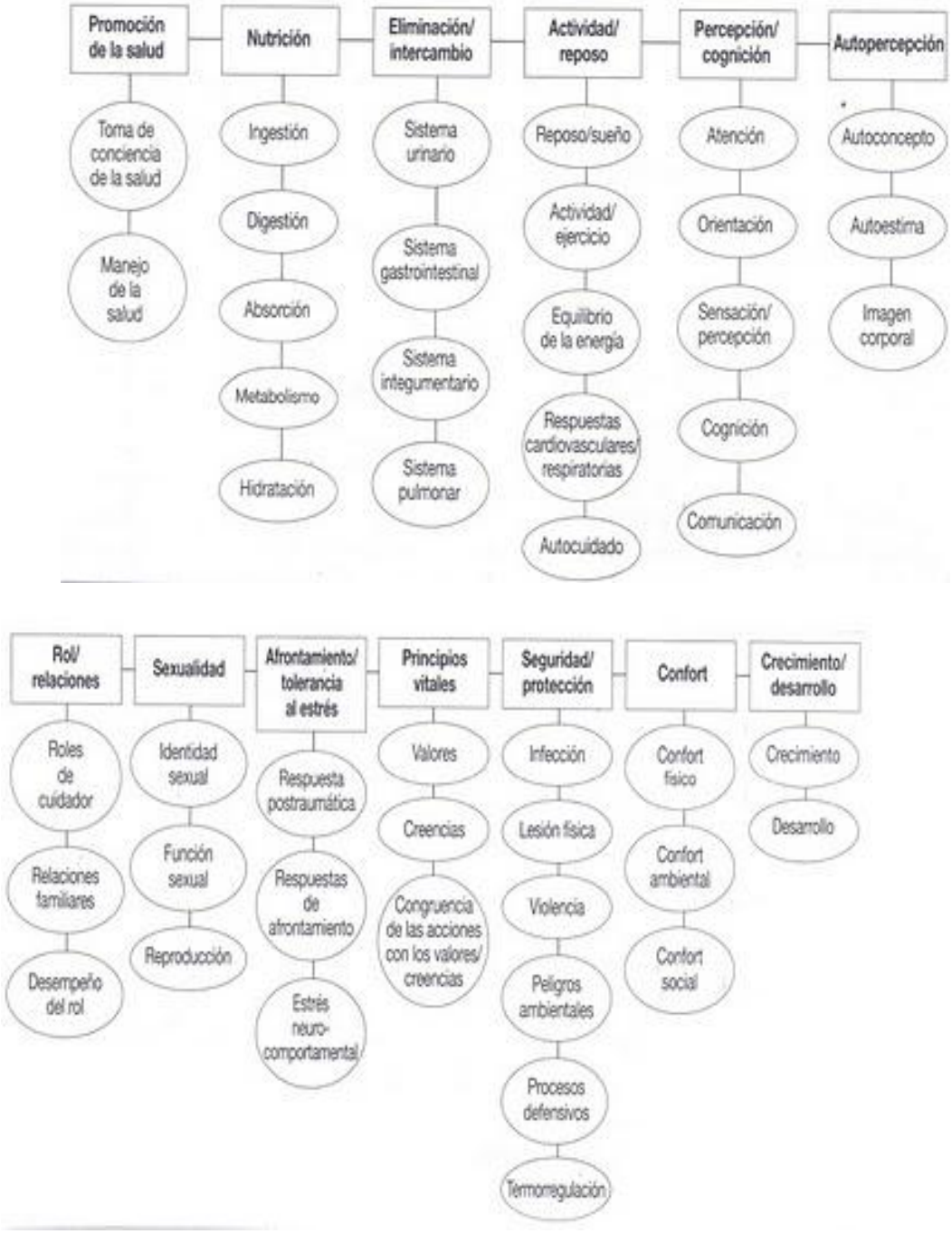

Ilustración 1. Dominios y clases según Taxonomía NANDA-I (16)

GRÁFICOS

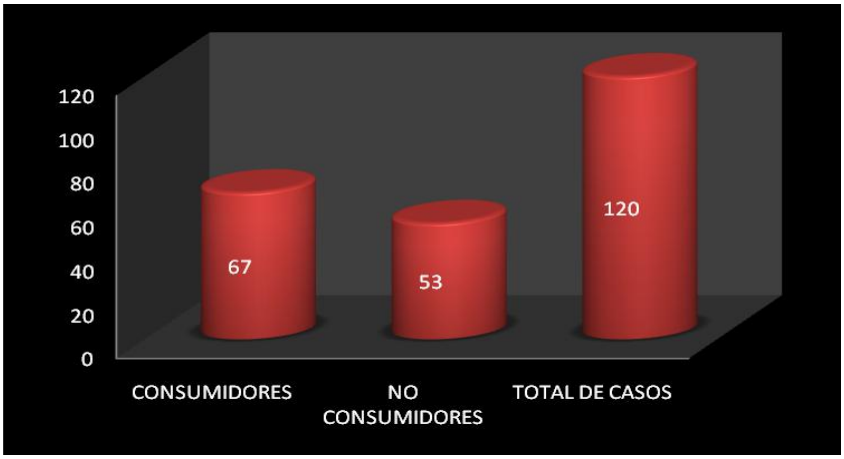

Gráfico 1. Muestra inicial. Casos consumidores/no consumidores de tóxicos.

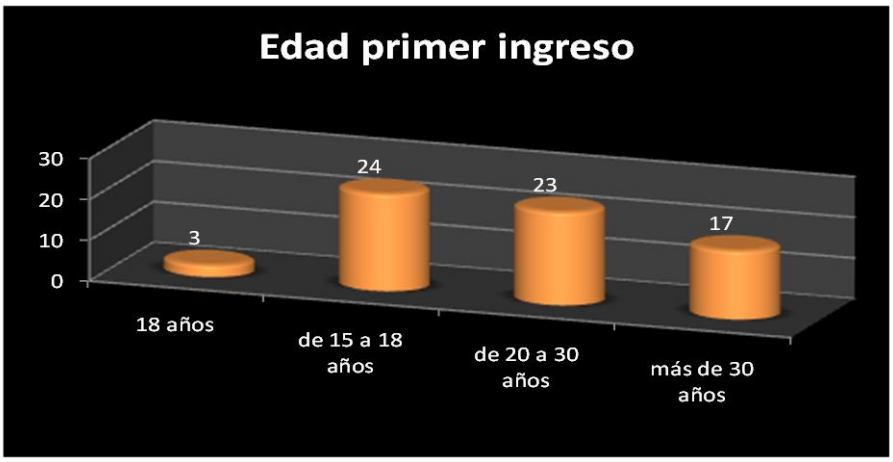

Gráfico 2. Edad del primer ingreso.

PATOLOGÍA PSIQUIATRICA	CONSUMIDOR PRESENTE	CONSUMIDOR PASADO
Esquizofrenia	**33%**	**67%**
Esquizofrenia Paranoide	**30%**	**70%**
Trastorno de personalidad	**40%**	**60%**

Tabla I. Consumo de tóxicos: actual y/o antecedentes en los diagnósticos más prevalentes.

Gráfico 3. Diagnósticos psiquiátricos en usuarios consumidores de tóxicos.

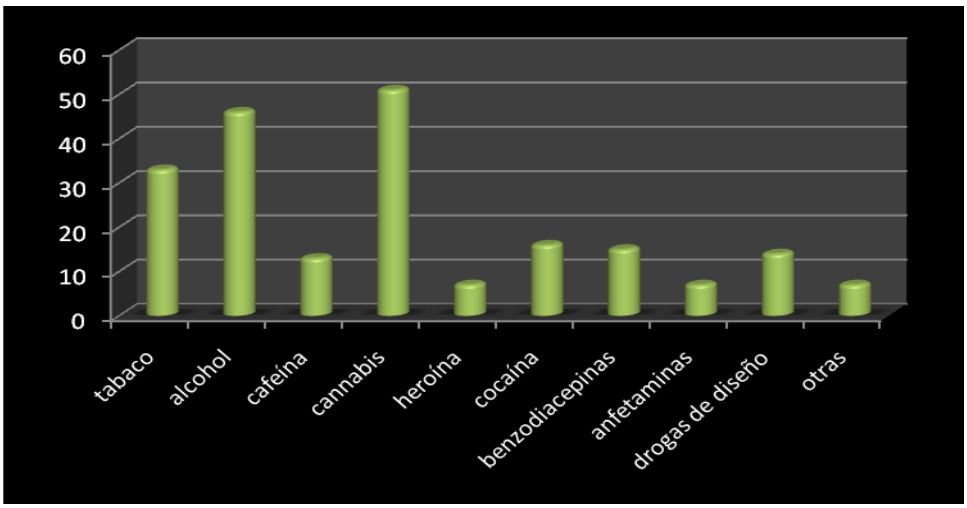

Gráfico 4. Tipos de sustancias consumidas.

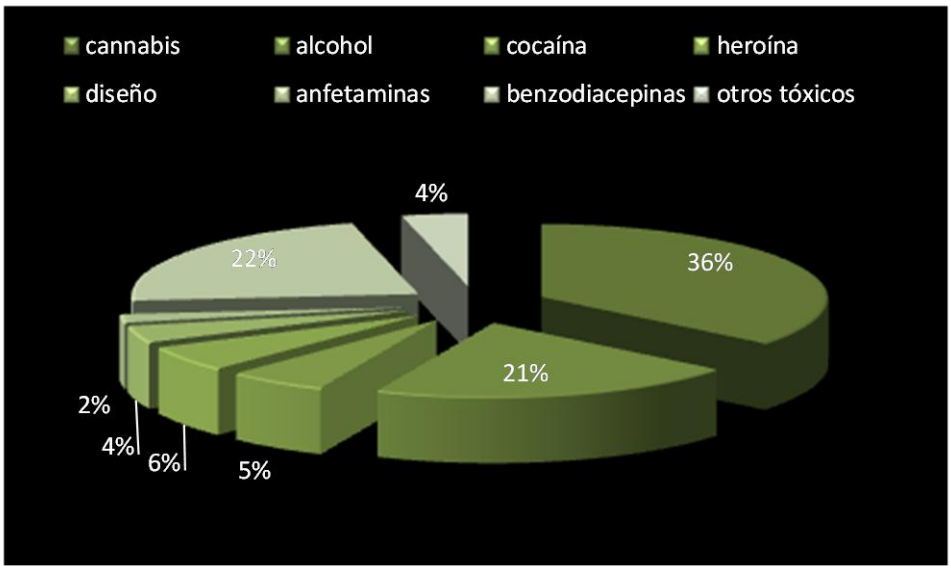

Gráfico 5. Tipos de tóxicos consumidos por el sexo femenino.

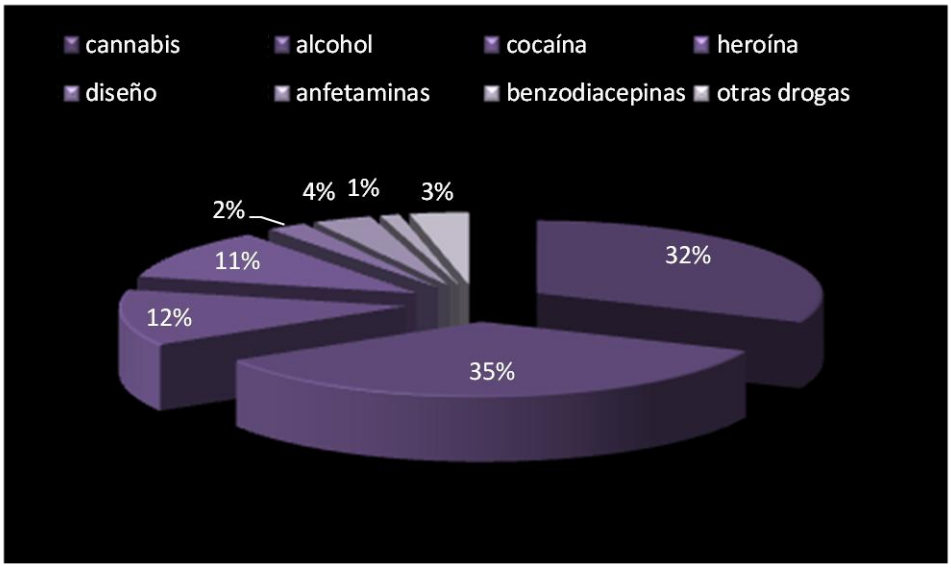

Gráfico 6. Tipos de tóxicos consumidos por el sexo masculino.

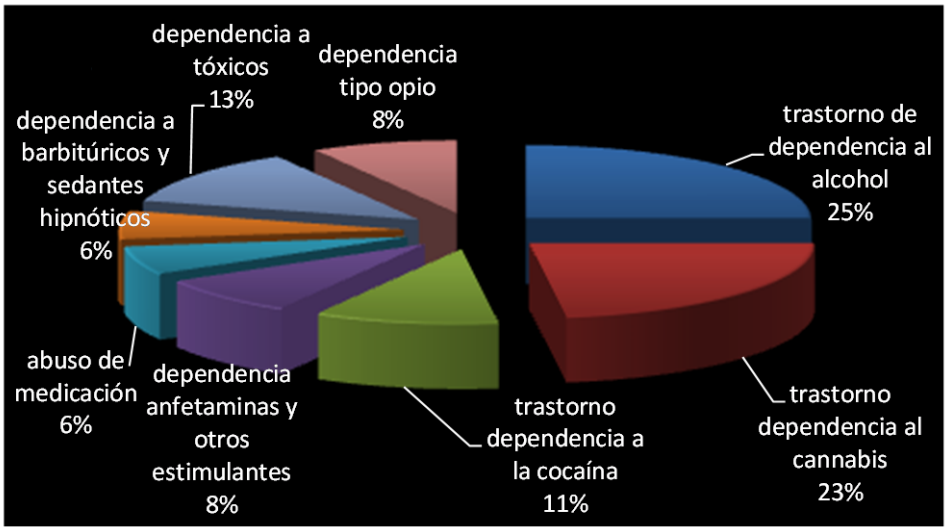

Gráfico 7. Diagnósticos derivados del consumo de tóxicos.

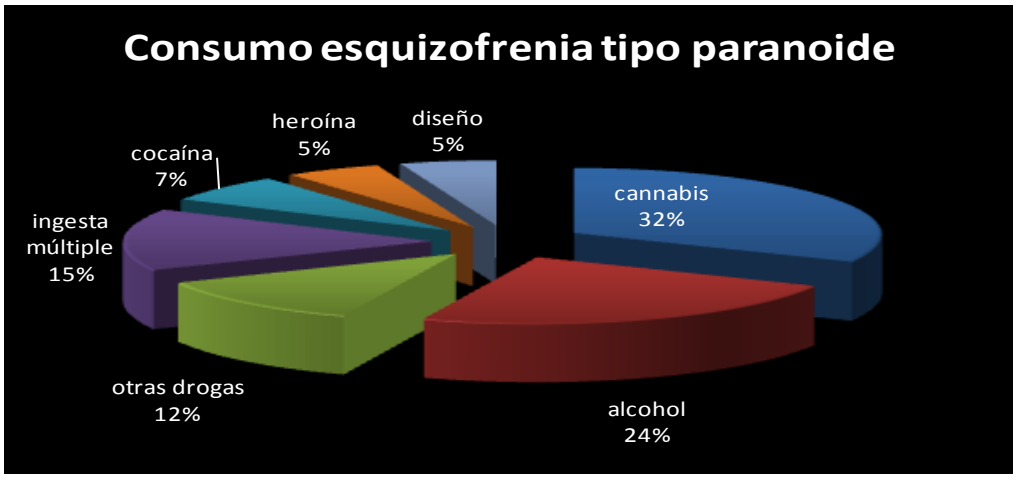

Gráfico 8.- Consumo y tipo de tóxico en esquizofrenia paranoide.

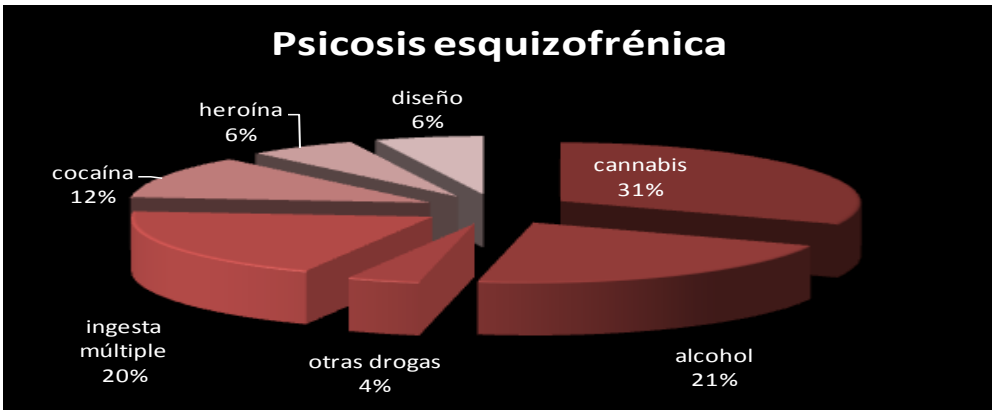

Gráfico 9. Consumo y tipo de tóxico en la psicosis esquizofrénica.

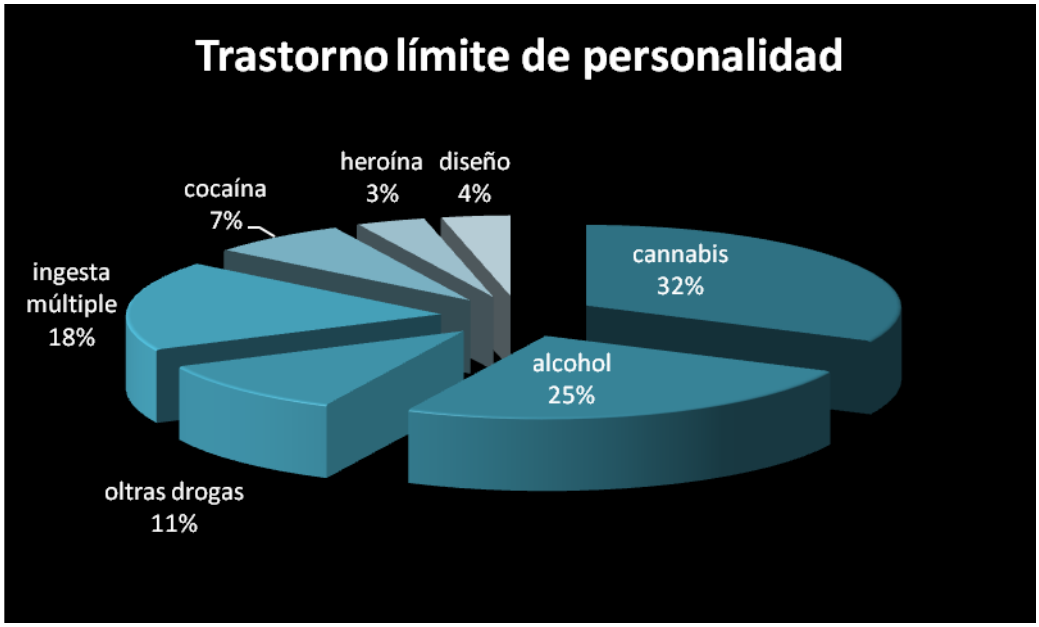

Gráfico 10. Consumo y tipo de tóxico en el trastorno límite.

Gráfico 11. Trastorno por dependencia al alcohol.

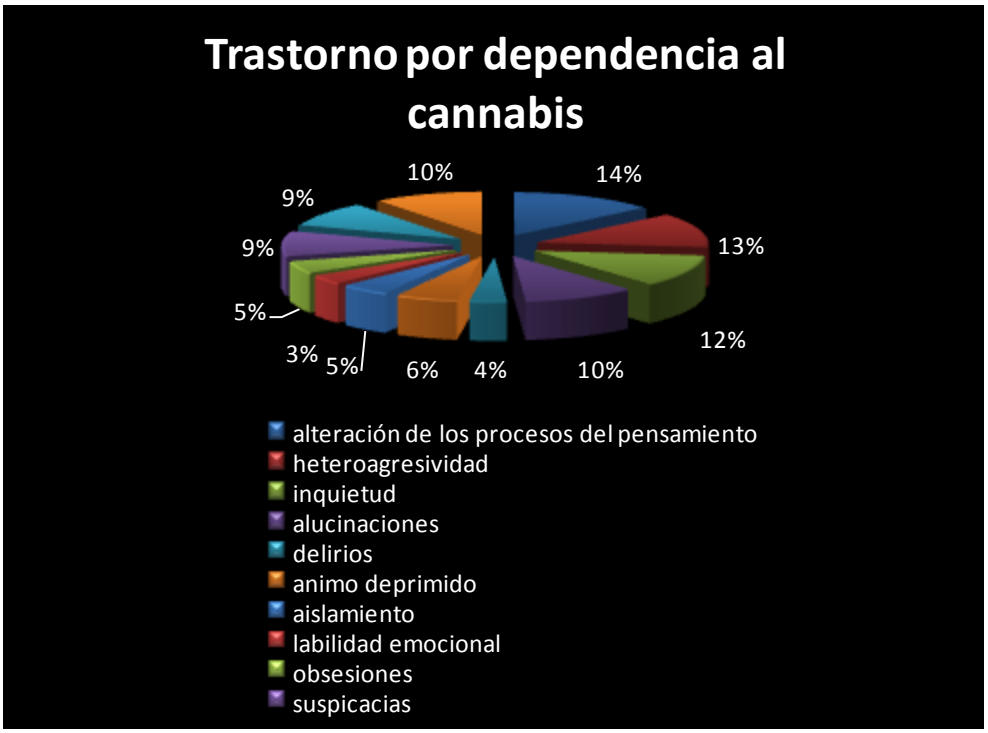

Gráfico 12. Trastorno por dependencia al cannabis.

DOMINIO	CLASE	MANIFESTACIÓN CLÍNICA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA
Nº 4 ACTIVIDAD/REPOSO	Nº 1 REPOSO Y SUEÑO	INSOMNIO	0095 INSOMNIO
Nº 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Nº 4 COGNICIÓN	CONFUSIÓN	00128 CONFUSIÓN AGUDA
Nº 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Nº 2 ORIENTACIÓN	DESORIENTACIÓN EN ESPACIO	00127 SINDROME DE DETERIORO EN LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO
Nº 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Nº 4 COGNICIÓN	DELIRIOS	00130 TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO*
Nº 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Nº 4 COGNICIÓN	IDEAS AUTORREFERENCIALES	00130 TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO*
Nº 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Nº 4 COGNICIÓN	SUSPICACIAS	00130 TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO*
Nº 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS	Nº 2 RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO	ANSIEDAD	00146 ANSIEDAD
Nº 6 AUTOPERCEPCIÓN	Nº 2 AUTOESTIMA	ÁNIMO DEPRIMIDO	00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL
		INQUIETUD/ACATISIA	NO SE HA PODIDO UBICAR EN LA ESTRUCTURA*
		CONDUCTA COMPULSIVA	NO SE HA PODIDO UBICAR EN LA ESTRUCTURA*
Nº4 ACTIVIDAD/REPOSO	Nº 5 AUTOCUIDADO	ASPECTO SUCIO Y DESALIÑADO	00108 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE
Nº4 ACTIVIDAD/REPOSO	Nº 5 AUTOCUIDADO	ASPECTO DESALIÑADO	00109 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO Y ACICALAMIENTO
Nº 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Nº 2 ORIENTACIÓN	DESORIENTACIÓN EN TIEMPO	00127 SINDROME DE DETERIORO EN LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO
Nº 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Nº 3 SENSACIÓN/PERCEPCIÓN	ALUCINACIONES	00122 TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL VISUAL Y AUDITIVA
Nº 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Nº 4 COGNICIÓN	ALTERACIÓN EN LA CONCENTRACIÓN	00128 CONFUSIÓN AGUDA?/ 00130 ALTERACION PROCESOS DEL PENSAMIENTO?
Nº 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Nº 4 COGNICIÓN	OBSESIONES	00130 TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO*
Nº 5 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Nº 4 COGNICIÓN	INSERCIÓN DEL PENSAMIENTO	00130 TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO*
		LABILIDAD EMOCIONAL	NO SE HA PODIDO UBICAR EN LA ESTRUCTURA*
Nº 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN	Nº 3 VIOLENCIA	HETEROAGRESIVIDAD	00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

TABLA 2. Dominio, clase, manifestación clínica y diagnostico de enfermería.