



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS COMO
ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA LA ATENCIÓN
DE LA PERSONA ADICTA EN URGENCIAS POR
ENFERMERÍA**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A N:

LÓPEZ AGUADO OLMOS ALEXIA
NAVARRETE MEJORADA ANDREA

DIRECTORA: DRA. DIANA CECILIA TAPIA PANCARDO

LOS REYES IZTACALA. ESTADO DE MÉXICO, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DEDICATORIAS

Esto es por y para ustedes:

A Dios, siempre en primer lugar, porque Tú eres el dador de todo, porque siempre has estado conmigo y sé que nunca me has dejado y nunca lo harás.

A mis padres, que siempre se han esforzado por darme lo mejor y que con tanto amor me han ayudado. Ustedes son quienes me han dado todas las herramientas para desarrollarme como persona, y ahora es mi turno corresponderles con esta tesis pues también es el esfuerzo de ustedes. Los amo.

Alan, a ti hermano, que desde que era una niña decía que sería doctora para curarte, pero ahora que crecí sé que el Síndrome de Down no se cura, pero soy enfermera y estaré para cuidarte toda mi vida.

Eliane, hija, con mucho amor te dedico esta tesis, esto es por ti, quiero que cuando crezcas y empieces esta etapa de tu vida, te des cuenta de que no hay imposibles, que pese a las situaciones que se presenten en tu vida siempre se puede lograr lo que anhelas con amor, dedicación y esfuerzo. Te amo infinitamente.

A mis abuelitas, tías, primas y primos gracias porque siempre creyeron en mí y me apoyaron cuando lo necesité.

A mis abuelos Ramón e Isidro que están en el cielo, prometí que terminaría y aquí está el esfuerzo, gracias porque estuvieron ahí, en cada práctica y en cada anécdota, pude verlos reflejados en pacientes y pude dar ese amor que les tengo.

“Encomienda a Jehová tu camino y espera en él, y el hará.”

Salmo 37:5

Con Amor, Alexia.



Con todo mi amor para mi familia:

Para mis padres Rigoberto y Marcela. Hoy quiero decirles que los amo infinitamente y que agradezco el apoyo que me dieron durante este tiempo, sin ustedes no lo hubiera logrado. Mis hermanos, al igual que yo fuimos testigos del gran esfuerzo que hicieron para sacarnos adelante; por ello quiero decirles que todo el trabajo que hicieron, así como las noches de desvelo no fueron en vano y con gran alegría les digo que conseguí llegar a la meta.

Papá, tú me alentaste a seguir adelante, a perseguir mis sueños y a no rendirme nunca. Siempre voy a llevar en mi corazón las palabras que tú nos decías cuando éramos niños “que la mejor herencia que tú nos podías dejar, era nuestra carrera”. De niña no lo comprendía, pero ahora que me he convertido en una mujer, puedo ver que tenías mucha razón.

Mamá, me enseñaste a luchar por las cosas que en verdad importan, a esforzarme y ser mejor cada día. Te agradezco cada uno de tus consejos que me brindaste, tus regaños, tus abrazos que mediste cuando más los necesitaba y sobre todo por estar conmigo siempre. Por último, les digo a ambos que esto fue gracias a ustedes.

A mis hermanos: Brenda, Rigoberto y Lorena. Yo siempre he creído que Dios pone en nuestras vidas a las personas correctas, quiero que sepan que con ustedes no se equivocó y si tuviera la oportunidad de elegir, los escogería de nuevo a los tres. Les agradezco que estuvieran conmigo en las buenas y en las malas, porque a pesar de las dificultades, logramos salir adelante juntos. El día de hoy, quiero ser inspiración para ustedes, para que se sigan superando siempre y recuerden que no se trata de quien llega primero a la meta, sino de llegar. Los amo mucho.



Para mi sobrina Lucia; mi niña hoy te puedo decir que los sueños si se hacen realidad, pero solo si luchas por alcanzarlos. Recuerda que las cosas que nos cuestan más trabajo, son las que mayor satisfacción nos dan. Por eso te digo que no aceptes un no por respuesta y si las cosas no salen como tú las planeabas, sigue intentándolo hasta conseguirlo.

Para mis abuelos, abuelita Francisca, quiero decirte que le doy gracias a Dios por haberme permitido tenerte en mi vida, porque tú fuiste una de las personas que me vio esforzarme y trabajar duro para llegar hasta este punto en mi vida y espero que estés muy orgullosa de mí. Abuelitos Juventino, Rodolfo y Teresa, les dedico estas palabras con mucho amor, me hubiera gustado que me acompañaran en este camino, pero no pudo ser así; por ello les doy las gracias por haberme dado a los mejores papás del mundo. Con mucha alegría les digo que hoy me gradúo como Licenciada en Enfermería.

Andrea Navarrete Mejorada.



AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quiero agradecer a Dios, quien me ha dado fuerzas, sabiduría y me ha permitido llegar hasta donde estoy el día de hoy, porque sé que junto a Él todo y sin Él nada. Gracias Dios por cada situación difícil y dura, pues de cada experiencia he aprendido y madurado para enfrentarme a los obstáculos que la vida me presente.

Dios, jamás permitas que deje de verte a ti, en la mirada de cada enfermo que sufre. Te pido me permitas ser el instrumento que uses para curar, consolar y acompañar a cada uno de mis pacientes, durante mi jornada laboral.

Te pido que pongas tu mente en la mía, para que con sabiduría pueda yo desempeñar mi delicada labor.

Te pido que tus manos guíen las mías para que toquen y sanen a los que sufren, poniendo en mi la habilidad que cada enfermo necesita.

Y, sobre todo, te pido que pongas tu corazón dentro de mí para que yo no pierda la sensibilidad hacia el dolor, y que mi trabajo y mi presencia les de alivio y esperanza a los que te necesitan.

Dios, a pesar de mis debilidades, ayúdame a ser hoy un reflejo de tu amor, de tu compasión y de tu poder para todo aquel que te necesita.

Con este trabajo de investigación culmino una etapa importante de mi vida, como estudiante, como pasante y como futura Licenciada en Enfermería, agradezco a la Máxima casa de estudios, Universidad Nacional Autónoma de México, el haberme permitido ser parte de ella, aprender de grandes docentes y adquirir el conocimiento que me ha formado como enfermera. Gracias a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala porque ahí aprendí lo que es ser una enfermera y llevar en alto el título.

Agradezco a mis padres, Armando y Mercedes, quienes me han guiado e impulsado a lo largo de la vida, motivándome a alcanzar los anhelos y metas que



me he propuesto. Gracias al gran apoyo que recibí he logrado terminar esta carrera.

A ti hija, Eliane, agradezco que llegaras en el momento exacto a mi vida, porque eres el motor que me impulsó a seguir adelante pese a las dificultades.

A mi familia que siempre estuvo presente en mis logros y me alentó a continuar.

Gracias infinitas a una gran docente, asesora y directora de esta tesis, Dra. Diana Cecilia Tapia Pancardo, por enseñarme a ver a los pacientes con adicciones desde otra perspectiva y a entender que detrás de cada uno existe una historia. Gracias por haberme apoyado cuando más necesitaba, ahí estuvo usted, extendiendo su mano para ayudarme, esas acciones no se olvidan en la vida.

A mi compañera de tesis, Andrea, esta última etapa no fue nada fácil, pero pese a los inconvenientes hemos logrado terminar esta tesis, gracias por tu dedicación y esfuerzo.

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente: no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios será contigo en donde quiera que fueres.”

Josué 1:9

Gracias, Alexia.



Quiero agradecerle a Dios, por haber guiado mi camino durante todo este tiempo, porque cada uno de los pasos que di me llevó a este día. Gracias Dios por permitirme estudiar una carrera que me llena de gran satisfacción y orgullo.

A mí familia, mis padrinos, tíos, primos y a mi cuñado Adrián les doy las gracias por haberme ayudado cuando lo necesite, porque no me dejaron rendir y haberme alentado hasta el final, gracias.

Le doy las gracias a la UNAM por abrirme sus puertas y permitirme cumplir uno de mis más grandes sueños, formar parte de la máxima casa de estudios, en donde me he forjado como Licenciada en Enfermería. También a mi querida FES-Iztacala por acobijarme como una hija más durante este tiempo, porque se convirtió en mi segunda casa, cuando yo no ponía ir a la mía.

Durante estos años hice grandes amigos que me llevo para toda la vida, con ellos compartí muchos momentos buenos y malos; aquí conocí a una de mis mejores amigas, a Ivonne. Niña te agradezco por el tiempo que estuvimos juntas, porque de ti aprendí cual es el verdadero significado de la amistad; contigo viví alegrías, locuras, tristezas, enojos, corazones rotos, etc. Cada uno de estos recuerdos los llevare conmigo siempre, te quiero mucho amiga. Y por último a mi buen amigo Martín, quizás no te conocí desde el principio, pero fue un gusto tenerte como amigo, agradezco la ayuda que me brindaste, por esos ratos alegres, risas y sobretodo de bailes que compartimos. Realmente me llevo muy buenas amistades, quizás no los puedo mencionar a todos, pero les agradezco mucho; fue un placer haber coincidido con ustedes.

Durante mi trayectoria por la FESI, tuve a los mejores maestros y de ellos aprendí que tipo de enfermera quiero ser en un futuro. Les agradezco todo lo que me enseñaron y en especial a la maestra Marcela Márquez C. Quien me hizo ver la carrera de enfermería desde otra perspectiva diferente a lo que yo creía que era, porque siempre nos motivó a ser los mejores y por ello le doy las gracias.



Le agradezco a la doctora Diana Cecilia Tapia P. por haberme guiado en esta última etapa de mi carrera, porque me enseñó muchas cosas en tan poco tiempo, me mostró un panorama muy diferente a lo que yo creía que eran las adicciones a las drogas y, sobre todo, como los profesionales en enfermería podemos actuar ante este problema. Gracias por todo el apoyo que me brindó en la realización de esta tesis porque sin sus consejos no hubiera sido posible.

Para mi compañera de tesis Alexia, hoy te puedo decir que este camino no fue nada fácil, se presentaron algunos inconvenientes, pero al final logramos resolverlos y por ello agradezco el apoyo que me diste durante este tiempo.

Andrea Navarrete Mejorada.



ÍNDICE

DEDICATORIAS	1
AGRADECIMIENTOS	4
ÍNDICE	8
ÍNDICE DE FIGURAS	11
ÍNDICE DE TABLAS	12
RESUMEN	13
INTRODUCCIÓN.	16
JUSTIFICACIÓN	18
PROBLEMATIZACIÓN	21
OBJETIVOS	24
CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL.	25
1. LAS ADICCIONES COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO	25
1.1 Concepto de salud.....	25
1.2. Definición de Salud Pública.	26
1.3. Antecedentes.	26
1.3.1. En el mundo.....	26
1.3.2. En México.	29
1.4. La perspectiva de la salud pública ante las adicciones.....	32
1.5. Panorama sobre el consumo de drogas en México.	33
1.5.1. Tabaco.....	33
1.5.2. Alcohol.....	35
1.5.3. Drogas ilegales.	37
1.6. Situación actual sobre el número de personas que llegan al servicio de urgencias.	41
1.7. Principales sustancias por motivo de ingreso a urgencias.....	43
2. PRINCIPALES GRUPOS VULNERABLES Y SU IMPACTO.	46
2.1. Definición de vulnerabilidad.....	46
2.2. Grupos vulnerables.	47
2.2.1. Adolescentes.	47
2.2.2. Mujeres.....	48
2.3. Factores de riesgo individual, familiar y social.	51
2.4. Impacto en la salud.	54
2.4.1. Morbilidad	56



2.4.2. Mortalidad.....	58
2.5. Impacto en la sociedad.....	60
2.6. Violencia de género.....	61
3. LAS DROGAS Y EL MANEJO DE UNA SOBREDOSIS EN EL ÁREA DE URGENCIAS.....	63
3.1 Definición de droga.....	63
3.2 Clasificación de las drogas.....	63
3.2 Cómo actúan las drogas en el cerebro.....	64
3.4. Efectos de las drogas en el organismo.....	69
3.5. Tipos de consumidores.....	72
3.6. Definiciones (uso, abuso, tolerancia, dependencia, sobredosis, síndrome de abstinencia y síndrome de intoxicación.).....	73
3.7. Tipos de intoxicación.....	75
3.8. Manejo de una intoxicación en urgencias.....	76
3.9. Las drogas y la mujer embarazada.....	92
3.10. Consecuencias y efectos en el feto y/o recién nacido por el uso de drogas. ..	94
3.11 Intervenciones.....	98
4. EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS Y LAS HERRAMIENTAS DE INMERSIÓN.....	101
4.1 Antecedentes Aprendizaje basado en problemas.....	101
4.2 Teorías del Aprendizaje y el ABP.....	102
4.3 Paradigma del ABP.....	104
4.4 Objetivos del ABP.....	105
4.5 Proceso de enseñanza-aprendizaje y el ABP.....	105
4.6 Herramientas de inmersión.....	107
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	110
1. Tipo de investigación.....	110
2. Método.....	110
3. Informantes.....	110
5. Procedimiento.....	111
4.1 Estrategia de la recolección de datos.....	112
4.2 Análisis de datos.....	112
5. Recursos y Apoyo logístico.....	112
5.1 Escenario.....	112
5.2 Recursos (humanos, materiales y físicos).....	112



CAPÍTULO III. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	114
1. Consentimiento Informado	114
2. Rigor metodológico	114
3. Datos psicosociales.....	114
HALLAZGOS	116
DISCUSIÓN	121
CONCLUSIÓN	127
REFERENCIAS.....	129
ANEXOS	139



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Salud	25
Figura 2 .Antecedentes de la Enfermería comunitaria	26
Figura 3 .La Revolución Industrial y la Salud Pública.....	27
Figura 4 .Prevención de las adicciones.....	32
Figura 5 .Pacientes atendidos en urgencias debido al uso de distintas sustancias 2017.	42
Figura 6 .Principales sustancias al ingreso a urgencia.....	44
Figura 7 .Grupos vulnerables.	46
Figura 8 .Grupos vulnerables (niños).	47
Figura 9 .Amistades negativas en adolescentes.	48
Figura 10 .Las mujeres en la revolución.....	49
Figura 11 .Consumo de drogas en mujeres.	50
Figura 12 .Muerte por consumo de drogas.....	55
Figura 13 .Mayor incidencia de pacientes hospitalizados por consumo de drogas en el 2018.....	56
Figura 14 .Mayor incidencia de pacientes hospitalizados por consumo de drogas en el 2018 en mujeres.	57
Figura 15 .Mayor incidencia de pacientes hospitalizados por consumo de drogas en el 2018 en hombres.....	57
Figura 16 .Mortalidad en hombres por consumo de drogas 2013-2017.....	58
Figura 17 .Mortalidad en mujeres por consumo de drogas 2013-2017.	59
Figura 18 .Mortalidad por sexo ante el consumo de alcohol en los años 2013- 2017.	59
Figura 19 .Narcotráfico.....	60
Figura 20 .Droga legal.....	63
Figura 21 .Droga ilegal.	64
Figura 22 .Neurotransmisión.	64
Figura 23 .Sistema de recompensa.....	65
Figura 24 .Todas las drogas de abuso atacan el centro de placer del cerebro.66	
Figura 25 .Las drogas en el cerebro.....	68
Figura 25 .Las drogas en el cerebro.....	68
Figura 26 .Tipos de consumidores.	73
Figura 27 .Vía aérea.....	77
Figura 28 .Respiración.	78
Figura 29 .Electro.	79
Figura 30 .Escala de Glasgow.....	80
Figura 31 .Efectos en el embarazo.....	95
Figura 32 .Cono del aprendizaje	106



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tendencia del consumo de drogas alguna vez en población de 12 a 65 años.	39
Tabla 2 Tendencia del consumo de drogas alguna vez en población de 12 a 17 años.	39
Tabla 3 Tendencia del consumo de drogas alguna vez en población 18 a 34 años.	40
Tabla 4 Tendencia del consumo de drogas alguna vez en población de 35 a 65 años.	40
Tabla 5 Distribución por edad de los pacientes atendidos en urgencias.....	43
Tabla 6 Ingreso a urgencias.	45
Tabla 7 .Factores de riesgo individuales.	52
Tabla 8. Efectos de las drogas – Estimulantes.....	69
Tabla 9 .Efecto de las drogas – Depresoras	71
Tabla 10 intoxicación por alcohol	84
Tabla 11 Intoxicación por Cocaína	85
Tabla 12 Intoxicación por Opiáceos	86
Tabla 13 Intoxicación por Marihuana	87
Tabla 14 .Intoxicación por Anfetamina	88
Tabla 15 .Intoxicación por Benzodiazepinas	89
Tabla 16 .Intoxicación por Barbitúricos	90
Tabla 17 .Intoxicación por Alucinógenos.....	90
Tabla 18 .Intoxicación por Inhalantes.....	91
Tabla 19 Paradigma del ABP	104
Tabla 20 Participantes.....	115



RESUMEN

Actualmente en México el consumo de drogas legales e ilegales ha ido incrementando en los últimos años. Los principales grupos poblacionales que se han visto afectados por esta situación; son los adolescentes y las mujeres. Esto es a causa de los diferentes factores de riesgo, que caracterizan a cada grupo poblacional, haciéndolos más vulnerables para adentrarse al mundo de las drogas.

El principal factor de riesgo al que se enfrentan los adolescentes, es la etapa de la adolescencia, ya que, en ella, empiezan a experimentar cambios físicos y psicológicos; lo que los lleva a buscar su propia identidad, basándose en sus propias relaciones interpersonales, llevándolos a desarrollar y/o adquirir conductas de riesgo, como es el caso del consumo de drogas. En el caso de las mujeres, se puede observar que sus características biológicas, tanto físicas, van hacer las causantes de crear una adicción en un tiempo menor en comparación con los hombres.

El alcohol es la sustancia que ha presentado un mayor número de ingresos al área de urgencias y seguido de éste, se encuentra la marihuana. En el 2016 se estimaron cerca de 168 mil muertes por causa de una sobredosis y 282 mil fueron por alguna infección vinculada al consumo de alguna droga.

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) es una estrategia metodológica, que beneficia a los alumnos del área de la salud, en la adquisición de nuevos conocimientos, al desarrollo de nuevas habilidades y competencias. Este tipo de enseñanza se basa en la resolución de problemas, que se presentan en la vida real; cuya finalidad es formar estudiantes capaces de analizar y enfrentarse a los problemas de la misma manera que de forma profesional.

Nuestro objetivo general se centró en establecer la influencia del ABP durante el manejo y atención de la persona adicta en urgencias por enfermería.



En relación con la metodología se realizó una investigación de corte cualitativo, con un enfoque fenomenológico, en donde a través de las experiencias vividas por parte de los estudiantes de enfermería, se buscó conocer de qué forma el ABP había influido en la identificación de riesgos de los pacientes adictos que se encontraban en el servicio de urgencias.

La investigación fue realizada en la FES-Iztacala; en donde los participantes contaron con las siguientes características: la primera fue que pertenecieran a la Licenciatura en Enfermería, la segunda que se encontraran cursando el módulo de “Atención a las Adicciones en el Área de la Salud” y la última, que desearan participar. El número de estudiantes que participaron fueron 14, de los cuales 12 fueron mujeres y 2 hombres. Se llevó a cabo la proyección de un video, en el dónde se mostró una historia de un joven que entraba al mundo de las drogas.

En dicho video se mostró como era la atención de los profesionales del área de la salud hacia los pacientes adictos; contando con dos finales alternativos. En el primer final se apreciaba el desinterés por parte del equipo médico y de enfermería al atender a un paciente intoxicado por alguna droga. En el segundo se mostraba un trato diferente a aquellos pacientes intoxicados, la atención era de calidad, integral y holística, a diferencia del primero. Posteriormente los alumnos debían de identificar los factores de riesgo y protección de los personajes, así como las sustancias y la sintomatología de una intoxicación por drogas; haciendo un mayor énfasis en observar cuales eran las intervenciones dependientes e interdependientes de los profesionales en enfermería.

Los hallazgos arrojaron categorías, como subcategorías. La primera categoría resaltó que el ABP favorece el aprendizaje significativo en la atención a una persona adicta en urgencias; la segunda fue en relación a que el ABP favoreció la identificación de prejuicios propios y del personal de salud. Para finalizar la categoría tres, el ABP benefició el aprendizaje sobre la atención en urgencias a una persona adicta.



Como conclusión, los objetivos que se plantearon al principio se cumplieron de una manera satisfactoria, puesto que, se logró llevar a cabo cada uno de ellos. Los alumnos lograron identificar como deben de actuar los profesionales en enfermería al momento de brindar la atención a pacientes adictos en el área de urgencias, así como las intervenciones que se realizan y la sintomatología de las sustancias ingeridas; prestando mayor atención a los factores de riesgo que presenta una persona, para el consumo de drogas. Como se puede apreciar el ABP favorece la forma en la que los alumnos aprenden, ya que los problemas planteados los ven desde otra perspectiva, pues los motiva a desarrollar nuevas habilidades para la vida profesional.



INTRODUCCIÓN.

Hablar sobre la situación que se vive actualmente en el país sobre las drogas, puede llegar a sonar un tema muy repetitivo, fastidioso e inclusive aburrido, ya que este problema se ha hecho presente en nuestra sociedad desde varios años atrás. Por ello surge la necesidad de investigar de qué manera los profesionales del área de la salud están actuando ante este problema, haciendo un mayor énfasis en los profesionales en enfermería, ya que ellos son los que tienen mayor contacto con los pacientes y con sus familiares.

Un estudio reveló que en el 2018 los profesionales en enfermería, habían mostrado una actitud desinteresada y/o negativa al atender a un paciente que ingresaba a urgencias bajo los efectos de alguna droga; repercutiendo en la evolución y en el tratamiento de la persona adicta (Medina-Briones, Sosa-Briones, Martínez-Aguilera, Méndez-Ruiz, Valle-Alonso y Yáñez-Castillo, 2018). Por esta razón dejamos las siguientes preguntas a modo de reflexión ¿Qué está haciendo enfermería ante este problema?, ¿Estamos llevando a cabo lo que un día juramos cumplir?, ¿Estamos brindando una atención humanista y de calidad a nuestros pacientes en donde se respetan sus derechos?

Las drogas actualmente se han convertido en el enemigo número uno de nuestra sociedad, se ha visto un incremento en la producción, venta, distribución y consumo de estas sustancias. Según un informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), dice que la producción de la cocaína llegó a 1.976 toneladas en el 2017. Incrementando así el número de muertes relacionada con el consumo de drogas ilegales; en el 2015 se tuvo un total de 450,000 muertes y para el 2017 esta cifra aumentó a 585,000 muertos en el mundo (González, 2019).

Algunos de los principales grupos poblacionales que se ven afectados por el consumo y/o abuso de drogas tanto legales como ilegales, son los adolescentes y las mujeres. Esto se asocia a los diferentes factores de riesgos que definen a cada uno de estos grupos de personas. En el caso de los adolescentes, algunos de los factores de riesgo a los que están expuestos son: bajo rendimiento escolar, poca tolerancia al estrés, una baja autoestima, el círculo social en el que



se encuentran y en especial la etapa de la adolescencia, debido a que en ella atraviesan una serie de cambios físicos y psicológicos que influyen en la percepción que tienen de sí mismos, llevándolos a adquirir conductas de riesgo como el consumo de drogas. Algunos de los factores de riesgo a los que las mujeres se encuentran expuestas son: el estado civil, situación económica, la gran cantidad de roles que deben de cumplir día a día y presentado un mayor riesgo a volverse adictas en menor tiempo en comparación con los hombres, todas estas situaciones las vuelve vulnerables para consumir drogas.

Esta situación se va a considerar como un problema de salud pública a nivel mundial, ya que no solo afecta a quienes las consumen sino también a quienes les rodean; trayendo como consecuencia problemas de salud, económicos y de inseguridad. En el 2016 se reportaron 168 mil muertes a causa de una sobredosis y 282 mil murieron por alguna infección vinculada al consumo de drogas (Turliere, 2018). Cada día que pasa mueren más personas por causa del consumo de drogas o por el crimen organizado, a pesar de la lucha que se tiene en contra de éste, aún sigue teniendo una fuerte influencia, pues el consumo de sustancias ilegales va en aumento (González, 2019).

La presente tesis consta de III capítulos. En el capítulo 1. Marco referencial, se desarrolló el contenido por temas, el primero plantea las adicciones como un problema de salud pública, en el segundo se abordaron a los grupos vulnerables y el impacto que genera, el tercero habla sobre las drogas y el manejo de una sobredosis en el área de urgencias y por último, el cuarto tema sobre las herramientas de inmersión y el aprendizaje basado en problemas. En el capítulo 2. Metodología, se realizó una descripción del tipo de investigación, las características de los participantes, el procedimiento que se llevó a cabo, el instrumento que se creó para la recolección de datos, así como para su análisis y los recursos empleados en la investigación. En el capítulo 3. Aspectos éticos y legales, se anexó el consentimiento informado y algunos de los aspectos que se tomaron en cuenta para la realización de esta investigación. Para finalizar tenemos los hallazgos, discusión y conclusión.



JUSTIFICACIÓN.

En el 2016 cerca de 271 millones de personas, es decir, el 5,5 % de la población mundial de 15 a 64 años había consumido drogas (UNODC, 2019).

Según datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC (2019), refirió que el consumo de opioides como de cannabis se ha incrementado en África, Asia, Europa y América del Norte, además en América del Norte, del Sur y Asia, respectivamente. Siendo el cannabis la droga que más se consume en todo el mundo con cifras de 188 millones de personas que consumen esta droga.

“En 2017, unos 53,4 millones de personas en todo el mundo habían consumido opioides en el año anterior, un 56 % más que en 2016. De esas personas, 29,2 millones habían consumido opiáceos como la heroína y el opio, lo que supone un aumento del 50 % con respecto a las estimaciones correspondientes a 2016, que fueron de 19,4 millones. En general, América del Norte, donde un 4,0 % de la población consume opioides, sigue siendo la subregión con mayor prevalencia anual del consumo de esas sustancias” (UNODC, 2019).

El consumo de cocaína en el último año fue de 18.1 millones de personas, se reportó que los mayores índices pertenecen a América del Norte con un 2,1% y Oceanía con 1.6%. El consumo de metanfetaminas en Asia Sudoriental es escaso, la mayoría de los países de esta región dicen reportan que esta droga es la que más preocupación causa en lo que se refiere al tratamiento. Las incautaciones que se han dado en Asia oriental y Sudoriental se han octuplicado entre el 2007 y 2017 hasta alcanzar un total de 82 toneladas representado el 45% de las incautaciones a nivel mundial (UNODC, 2019).

En México, según datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) del 2017, refirió que el consumo de drogas alguna vez en la vida fue de 10.3% en la población de 12 a 65 años. Se estima que 8, 782, 216 personas consumieron drogas de los cuales el 16.2% fueron hombres (6, 649, 216) y mujeres 4.8% (2, 133, 000).



En comparación con el 2011, estas cifras aumentaron significativamente en los últimos 5 años, en hombres se encontraban entre los 13.0% (5, 007,493), mientras que en las mujeres fue de 3.0% (1, 227, 788). El consumo de drogas por grupo de edad: 12 a 17 años en hombres (6.6%) y en mujeres (6.1%), en el rango de 18 a 34 años (22.8%) y (7.6%) respectivamente (ENCODAT, 2017).

Se estima que en el 2016 alrededor de 13,405 personas se reportaron en el servicio de urgencias, de los cuales el 57.1% fueron mujeres. La edad promedio fue de 37. 5 años y el 48.6% son mujeres de 35 años. Entre los grupos de edad de 15 a 29 años se registraron más mujeres que hombres. En relación con la escolaridad el 55.1% tenía la primaria o secundaria y el 9.9% no contaba con estudio (ENCODAT, 2017).

De acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación, el gasto de las instituciones que tienen competencia en la atención del consumo de drogas con recursos fiscales en México durante 2018 fue el siguiente: Comisión nacional contra las adicciones \$719.29 (USD26 \$35.96), Instituto Nacional de Psiquiatría* \$372.30 (USD \$18.61) y los Centros de Integración Juvenil \$709.51 (USD \$35.47).Estos recursos tienen participación en diferentes programas presupuestales, particularmente en el programa E025 denominado Prevención y Atención contra las Adicciones 27 el cual contó con un presupuesto de \$1,309 millones de pesos para 2018 (\$65.45 millones de dólares) (Sánchez, Robles, Fukushima & Ferrer., 2019).

Después de haber analizado todos estos datos, se resalta que se ha visto un incremento en el número de personas que consumen estas sustancias, así como de muertes. Lo que invita a reflexionar sobre la situación que se vive hoy en día en el país en relación al tema de las drogas. Los profesionales del área de la salud no pueden dar una solución rápida a este problema, pero se puede orientar a toda la población sobre las consecuencias del consumo de drogas, también brindar una atención de calidad y humanista a los pacientes como familiares.



Un estudio reveló que los profesionales del área de la salud, no se sentían capacitados para proporcionar una atención, a aquellos pacientes que se encontraban bajo los efectos de alguna droga; referían inseguridad, carecer de conocimientos y habilidades para atender a un paciente en estas condiciones (Sánchez-Solís, 2017).

Además, hay un escepticismo sobre el tratamiento y los programas de rehabilitación para reducir el consumo de cualquier sustancia. Ante esta situación al profesional en enfermería se le asigna una mayor responsabilidad para atender a una persona adicta. Según Sánchez-Solís (2017), refirió que el personal de enfermería había mostrado algunas limitantes al proporcionar una atención a aquellos pacientes que se encontraban bajo los efectos de alguna droga, ya que no contaban con los conocimientos y habilidades suficientes para su manejo, había un poca colaboración interdisciplinaria y los protocolos de valuación con los que se contaban eran inadecuados. Por ello es necesario innovar en la formar en la que los estudiantes de enfermería aprenden, ya que no solo deben de enfocarse en atender una urgencia por abuso de alguna droga, sino brindar una atención integral y holística.



PROBLEMATIZACIÓN

Los datos que arrojó la encuesta intercensal del 2015 mostraron que el porcentaje de personas que no asisten a la escuela es de 66.8% que se encuentran entre los 15 a 29 años.

En los estados que se presenta una mayor inasistencia son: Michoacán de Ocampo (46.6%), Chiapas (45.9%) y Guanajuato (45.3%) estas cifras corresponden al rango de edad de 15 a 19 años, mientras que entre los 20 y 24 años hay mayor inasistencia como es en Chiapas (82.6%), Guerrero (80.8%), Guanajuato (80.2%) y Quintana Roo (80.2%) (INEGI, 2018). Esta situación que se presenta es de suma importancia, debido a que la deserción escolar es uno de los principales factores de riesgo que tienen los adolescentes para consumir cualquier tipo de drogas ya sea legal o ilegal; por tal motivo ellos son más vulnerables de caer en las manos del crimen organizado e iniciar con el consumo de drogas ilegales (INEGI, 2018).

Un informe de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes ENCODE (2014) mostró que el consumo de drogas ilegales por primera vez fue por curiosidad, entre la población de 10 a 12 años. El porcentaje de este consumo fue mayor en hombres con un 3.3% en comparación con las mujeres con un 2.7%. Mientras que en la población de 13 a 18 años fue de 17.2%, en donde se presentó un mayor consumo por parte de los varones con un 18.6% y en las mujeres con 15.9%. Se puede observar que, en los casos anteriores, el consumo es mayor por parte de los hombres; pero estas cifras se ven modificadas, cuando se habla de drogas que son bajo prescripción médica, pues las mujeres son las principales consumidoras con un 6.5% en comparación con los hombres con 5.1%.

Se consideró como principales grupos de riesgo a los adolescentes y a las mujeres por las características que los definen como grupos vulnerables, siendo algunas de ellas: edad, género, situación económica, escolaridad, estado civil, características físicas y biológicas, entre otras. Todas estas los harán más



vulnerables para consumir algún tipo de droga. Las sustancias de inicio son las drogas legalmente aceptadas por la sociedad, como es el caso del alcohol y el tabaco, para posteriormente continuar con drogas ilegales como la cocaína, marihuana, heroína, etc.

Un estudio realizado en México refirió que, en el servicio de urgencias, se presentó un 3.0% de pacientes, que llegaron bajo los efectos de alguna droga. Las sustancias que se consumen con mayor frecuencia son: alcohol (73.3%) y marihuana (6.2%). El 80% de pacientes son varones, encontrándose entre los 21.2 años, trayendo como consecuencias, una mayor incidencia en la violencia física y verbal, accidentes de tráfico, así como, enfermedades infecciosas, cardiovasculares, cirrosis, entre otras (Medina-Briones, *et al.*, 2018).

Según Sánchez-Solís (2017), dice que durante las últimas tres décadas se han desarrollado estrategias de salud pública, para la reducción de las consecuencias que trae consigo el uso de drogas, pero estas no han sido incorporadas por los profesionales del área de la salud en la atención brindada a los pacientes adictos.

Se ha observado una inseguridad por parte del personal del área de la salud al abordar a un paciente con problemas de drogas, pues creen carecer de habilidades y conocimientos para abordar dicha problemática. También se ha mostrado cierto escepticismo sobre el tratamiento que se les da a los pacientes adictos. Otra de las situaciones que se presentaron, fue que los profesionales en enfermería mostraron algunas barreras para la atención y manejo de este tipo de pacientes, pues se observó que había falta de conocimientos, como habilidades, la colaboración interdisciplinaria era poca y los protocolos de evaluación que se utilizaban eran inadecuados (Sánchez-Solís, 2017).

Como se pudo observar, el personal que se encuentra dentro de las diferentes instituciones de salud, no se siente capacitado para brindar una atención adecuada e integral a los pacientes adictos; así como tampoco hay una buena colaboración por parte de los diferentes equipos multidisciplinarios, los materiales que se tienen para el manejo de este tipo de pacientes no son los



adecuados, también se puede apreciar el desinterés por parte del personal del área de la salud al momento de atender a un paciente con esta enfermedad, pues se piensa que al final del día volverá a recaer en el mismo problema y la atención que se brindó fue en vano. Cabe mencionar que no toda la responsabilidad es del personal de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, entre otras; este problema es de todos, ya que cada uno contribuye para que esta situación siga creciendo o no.

Con base a lo anteriormente expuesto se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influye el aprendizaje basado en problemas en la atención de la persona adicta en urgencias por enfermería?



OBJETIVOS

Objetivo General

- Establecer la influencia del aprendizaje basado en problemas durante el manejo y atención de la persona adicta en urgencias por enfermería.

Objetivos Específicos

- Utilizar las herramientas de inmersión (video) para la representación de conductas, actitudes, sintomatología e intervenciones de una persona con abuso de drogas en el servicio de urgencias.
- Identificar el rol que deben de cumplir los profesionales en enfermería en la atención de un paciente adicto.
- Diferenciar las intervenciones independientes y dependientes de los profesionales en enfermería en la atención de un paciente adicto en el área de urgencias.
- Distinguir los efectos de las drogas que se producen en una intoxicación.
- Identificar el manejo de la persona adicta en urgencias mediante la colaboración de un equipo multidisciplinario.

CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL.

1. LAS ADICCIONES COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

1.1 Concepto de salud.

El término de salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (García, Vera y Campo, 2002).

Hablar sobre el tema de salud resulta un tanto complicado, esto se debe a que aún no se tiene una definición exacta sobre lo que representa y/o significa esta palabra. Como se mencionó anteriormente una persona gozará de salud siempre y cuando se encuentre en “un estado de completo bienestar”. ¿Pero realmente el ser humano puede llegar alcanzar ese completo bienestar? Hay que tener en claro que una persona es un ser biopsicosocial, lo que quiere decir que se verá influenciada por diferentes esferas como: la biológica, física, psicológica y social; la alteración de alguna de ellas hace que se rompa o pierda ese estado de completo bienestar. Por lo tanto, nosotros definimos el término de salud como un estado en el cual una persona gozará de salud siempre y cuando exista un equilibrio entre lo biológico, físico, psicológico y social, la alteración de alguna de ellas ocasionará que la persona no alcance un estado de completo bienestar.



Figura 1. Salud

1.2. Definición de Salud Pública.

La Asociación Internacional de Epidemiología (AIE) en 1988, definió el término de salud pública como: un “Área especializada compuesta por diferentes disciplinas, que emplean técnicas dirigidas a cuidar, promover y mantener la salud y el bienestar, así como impedir la enfermedad, la incapacidad y la muerte prematura”. Por esta razón los profesionales en el área de la salud se consideran una pieza fundamental a la hora de proporcionar atención o en el caso de enfermería el cuidado; por ello es importante que la formación de recursos humanos sea enfocada a las diferentes áreas de trabajo, educación y enseñanza en los diferentes niveles, siendo de manera formal como informal (Tapia, 2019).

1.3. Antecedentes.

1.3.1. En el mundo

Para comenzar hablar sobre la salud pública en el mundo, debemos de echar un vistazo al pasado y analizar cómo es que ésta ha ido evolucionando con el transcurso de los años. Al comienzo no se hablaba de tantas enfermedades como ahora, esto es debido a que en aquellos tiempos las personas eran nómadas y permanecían en un lugar por muy poco tiempo, pero con el paso de los años esto cambio, dado como resultado los primeros asentamientos en el mundo; de esta forma aparecen algunas de las grandes civilizaciones como, por ejemplo: Roma, Egipto, China, Mesopotamia, Grecia, entre otras. Todas estas civilizaciones hicieron grandes aportes al mundo de la medicina; algunas de ellas fueron enfocadas a las medidas de higiene para el control de enfermedades, estas prácticas se caracterizaron por el amortajamiento a los muertos, construcción de escusados, canales y a los enfermos se les aislaba para evitar la propagación de las enfermedades.



Figura 2 Antecedentes de la Enfermería comunitaria

Durante esta época se habló de la medicina Galénica que consagraba la higiene individual como un conjunto de medidas a adoptar voluntariamente por las

personas a la hora de mantener el equilibrio, su naturaleza individual y evitar agentes externos que causen enfermedad.

En la Edad Media se habla de los cambios de estructura socioeconómica que favorecen la consolidación de las ciudades, se dan los movimientos migratorios y aparecen epidemias de peste, como la lepra, también se dan las primeras medidas de aislamiento y es cuando surge la salud pública (Martínez y Del Pino, 2014).

La revolución industrial en Europa y en Norteamérica surgen cambios que llevan a las autoridades sanitarias a intervenir desde nuevos planteamientos. En esta etapa se observa un movimiento migratorio del campo a las ciudades, con ello vienen nuevos problemas de salud, se empieza a dar el hacinamiento y la pobreza. Esto trae como resultado epidemias por enfermedades como la tuberculosis, neumonía, viruela, sarampión y cólera. Se empiezan a ver enfermedades ocupacionales, accidentes y enfermedades mentales. Comienzan los movimientos sanitaristas que promovían la mejora de los niveles de higiene de las personas abasteciendo y garantizando el suministro de agua y alimentos bacteriológicamente seguros que permiten el desarrollo de la vida (Martínez y Del Pino, 2014).



Figura 3 La Revolución Industrial y la Salud Pública

La epidemiología científica comienza a abrirse camino; algunos científicos como Koch, Pasteur, Ferrán i Clua; desarrollan la inmunización contra enfermedades a través de la vacunación, por ello se le considera las vacunas como un gran logro para la salud pública. La salud pública se centra en los servicios preventivos individuales, entre ellos destaca la inmunización y la planificación familiar. Más tarde se introducen los programas de enfermería comunitaria, escolar y servicios de salud escolar. En 1861 se tienen los primeros documentos



escritos sobre enfermería de salud pública y en 1862 se abre la primera escuela de enfermeras en salud pública. (Martínez y Del Pino, 2014).

En el año de 1946 se utilizó por primera vez el término occidental de promoción a la salud, el cual hacía referencia al cuidado de ésta. El Dr. Henry E. Sigerist afirmó que la salud se debe de cuidar, promover y proporcionar condiciones de vida, de trabajo decente, educación, cultura física, formas de esparcimiento y descanso. Teniendo como referencia esto, se definen las tareas esenciales de la medicina: cuidado, promoción de la salud, prevención de enfermedades, restablecimiento de los enfermos y rehabilitación (Tapia, 2019).

En el siglo XX, la educación para la salud se regía bajo una perspectiva de educación sanitaria, los primeros modelos con los que se contaba eran exclusivamente informativos y se tenía la expectativa de que la transmisión de conocimientos fuera capaz de promover un comportamiento preventivo. Una vez finalizada la segunda Guerra Mundial las enfermeras infecciosas fueron sustituidas por otras más conductuales “como las derivadas de la vida sedentaria, sobrepeso, deficientes hábitos alimenticios, consumo de drogas, estrés, accidentes de tráfico y violencia”, lo que las obligo a cambiar a un modelo preventivo que favoreciera a la población (Tapia, 2019).

En 1978 se dio la primera conferencia internacional sobre Atención Primaria a la Salud (APS), en Alma Ata (URSS). En el 2000 se propuso y se aceptó la meta “salud para todos” que fue planteado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Tapia, 2019; Martínez y Del Pino, 2014). En 1986 en Ottawa, Canadá, se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional de promoción de la salud, en donde se estableció las bases doctrinarias para pasar de la retórica a la acción en el cuidado de la salud. A raíz de esto la OMS definió a la promoción de la salud como “El proceso de capacitar a la gente para que aumente el control sobre su salud y la mejore mediante la educación para la salud” (Tapia, 2019).

Según la Dirección General de Promoción de la Salud en Perú (2015), refiere que en su documento Lineamientos de Política del Sector 2001-2012, en donde se definió “El cuidado y la promoción de la salud, como un proceso en el que la



población adquiere los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud, conservándola o incluso, mejorándola” [...] (Tapia, 2019).

1.3.2. En México.

Como se mencionó en el apartado anterior, la salud pública tuvo sus orígenes desde la época antigua; en México se da durante la época prehispánica. En este periodo las prácticas que se realizaban eran tradicionales y se llevaban a cabo rituales que eran realizados con la finalidad de conservar la vida. Los rituales que se practicaban para preservar la salud, el cuidado, la influencia con el entorno (cosmos), centrado en la persona, que a su vez es sagrada tiene sus antecedentes en los pueblos mayas como: huichol, tzeltal, tzotzil y náhuatl, en donde el sustento epistémico tiene su origen desde la propia cosmovisión (Tapia, 2019).

Podemos observar cómo fue evolucionando y los grandes cambios que se han tenido hasta la actualidad. La salud pública en México surgió en los primeros años del periodo virreinal con el establecimiento del “Real Tribunal del Promedicato” de la Nueva España, el cual se asemejaba al que había en España. Dicho organismo se encargaba de vigilar el ejercicio de la medicina, supervisar las actividades de docencia, así como la formación de los profesionales que se encargaban de la atención médica (Eugenia y Rodríguez, 1999).

Durante esta época la iglesia era quien se encargaba de cuidar a las personas enfermas bajo los principios del cristianismo. Algunas de las actividades para la prevención de las enfermedades que se llevaban a cabo, fueron el aislamiento de los enfermos contagiosos se les ponía en cuarentena y enterraban a las personas muertas. Se tomaron otras medidas de control como manejo de los desechos, producción y tráfico de bebidas alcohólicas. Hasta el año 1831 funcionó el Real Promedicato, en ese mismo año se crea el primer código sanitario del país (Eugenia y Rodríguez, 1999).

El 4 de enero de 1841 el Gobierno Federal crea el Consejo Superior de Salubridad con sede en la Ciudad de México, el cual sustituyó al Real Promedicato. En México cuando finaliza la Guerra de Reforma, el estado se coloca como el principal responsable de la salud poblacional, en donde la



Secretaría de Gobernación deja al Consejo Superior de Salubridad del Distrito y Territorios Federales como el único organismo facultado para establecer criterios de salubridad pública en el país. El 30 de junio de 1889, el presidente del consejo, Eduardo Liceaga, presentó un proyecto que proponía principios de higienismo para regir el funcionamiento de los servicios de sanidad marítima, fronteriza y federal (Eugenia y Rodríguez, 1999).

En los años 1891, 1894 y 1902 se expidieron tres nuevos códigos en los cuales hay una evolución por parte de la microbiología, inmunología y la higiene social. Durante la época del Porfiriato se promueven las primeras campañas nacionales enfocadas en combatir las enfermedades infecciosas como la viruela, tifo, cólera, fiebre amarilla y la peste bubónica. “En agosto de 1906, México ingresó a la Organización Sanitaria de los Estados Americanos y aceptó los acuerdos de la III Convención Sanitaria de Washington sobre la creación y funciones de la Policía Sanitaria Internacional” (Gómez-Dantés y Frenk, 2019; López, s.f.).

En la época de la Revolución Mexicana fueron suspendidas las actividades de organización y control sanitario. Después de dicho enfrentamiento se crea la primera Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 en donde se le otorga autonomía al Consejo de Salubridad General y poco después surge el Departamento de Salubridad. En el año de 1922 se fundó la Escuela de Salud Pública de México con la finalidad de formar especialistas locales (Eugenia y Rodríguez, 1999).

En 1937 el entonces presidente Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de Asistencia Pública. En el periodo del presidente Ávila Camacho se crearon varias instituciones de salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que se tenía la expectativa de industrializar al país y la finalidad era atender a la creciente clase obrera.

En ese mismo año se instituye la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), antecedente de la actual Secretaría de Salud (SS), mediante la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública. También se estableció la primera unidad de especialidad médica, el Hospital



Infantil de México. Para el año 1959 se funda el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y posteriormente se consolidaron los servicios de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de Petróleos Mexicanos (PEMEX) (Gómez-Dantés y Frenk, 2019; López, s.f.).

En 1977 se estableció el Sector de Salud con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal con la finalidad de asegurar la coordinación operativa de las entidades que actúan en el campo de la salud. En 1978 se instituyó la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental. El poder ejecutivo federal formulo el Plan Nacional de Desarrollo de 1983-1988 en donde se consolida el Sector Salud y se instituye la operación de Gabinete de Salud en la que se propicia la acción sinérgica y comprometida de las instituciones que presentan atención médica, salud pública y asistencia social (López, s.f.).

En 1984 se da la promulgación de la Ley General de Salud, desapareciendo el Código Sanitario. Durante los años 1989 - 1993 se busca establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud apoyado en la descentralización, así como la sectorización por parte de la Secretaría de Salud. En 1991 se funda el Consejo Nacional de Vacunación y un año después se crean las Semanas Nacionales de vacunación. En 1995 se inicia una nueva descentralización de los servicios de salud estatales. Para el año 1996 se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). En el año 2003 se crea el Seguro Popular y en el 2013 el gobierno mexicano implemento la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (Garrido y Pineda, 2011; OMS, s.f.).

1.4. La perspectiva de la salud pública ante las adicciones

Poder describir el fenómeno de las drogas desde una perspectiva de salud pública nos permite reconocer diferencias entre las drogas y sus riesgos; se alejan de las conceptualizaciones únicas, que ven a las drogas como fin último con la detención de delincuentes y el decomiso de éstas como una meta, reconoce y ve como las sustancias interaccionan con la persona que las usa o de quienes tienen un alto riesgo para hacerlo y que son más o menos vulnerables para experimentar el uso y la dependencia por diversos factores individuales, familiares o sociales (Medina-Mora, Real, Villatorio y Natera, 2013).

Es importante destacar que el consumo temprano de sustancias está asociado a un mayor riesgo de dependencia y otros problemas, es por esto por lo que uno de los grandes desafíos de salud pública es prevenir el uso y retrasar el inicio de consumo entre los adolescentes. Las drogas impactan en múltiples esferas, afectan el desarrollo económico y social, aumentan los costos de atención a la salud al asociarse con lesiones y/o enfermedades infecciosas. Este problema de salud pública se ha definido como una enfermedad y por tanto la solución a éste, no está en el encierro o encarcelamiento de los enfermos. Conceptualizar el problema desde una perspectiva de salud pública, en la que el foco de atención sean la salud y el bienestar social, permite evaluar riesgos y ventajas de las diferentes medidas y por tanto orientar la acción minimizando costos (Medina-Mora, *et al.*, 2013).



Figura 4 .Prevención de las adicciones



1.5. Panorama sobre el consumo de drogas en México.

1.5.1. Tabaco

El uso del tabaco ha estado presente desde hace muchos años, tuvo sus orígenes en las antiguas civilizaciones que se encontraban en América; era utilizado en distintas actividades como: sociales, económicas, como culturales. El tabaco fue llevado a diferentes países de Europa y se fue extendiendo por los diferentes países de América del Sur (Yoldi, 2001).

La OMS (2019), nos menciona que a nivel mundial existe una crisis de salud, debido a las altas tasas de prevalencia de tabaquismo en el mundo. A la industria del tabaco se le podría considerar como una de las más letales en el planeta, dado que su consumo mata a más de la mitad de sus consumidores.

El tabaquismo es considerado como una epidemia, debido a que se le considera una amenaza para la salud pública a nivel mundial. Cifras de la OMS muestran que más de 8 millones de personas mueren al año, de las cuales más de 7 millones son consumidores directos y alrededor de 1,2 millones son expuestos al humo del cigarro ajeno (OMS, 2019).

Los países que se ven más afectados por el uso del cigarro son los que tienen un nivel de pobreza más alto y que cuentan con ingresos medianos o bajos. Este problema afecta principalmente a la economía de los hogares en donde hay fumadores, ya que se gastan el sueldo en el vicio en lugar de comprar artículos de primera necesidad. La dependencia que crea el tabaco en el organismo de las personas es fuerte y por ello es difícil corregir ese gasto (OMS, 2019).

Datos según la ENCODAT (2017), refiere que México cuenta con una población de 85.2 millones de habitantes de 12 a 65 años, de los cuales 44 millones 93 mil son mujeres y 168 mil son hombres. Reportó que 14.9 millones de personas son fumadores actualmente (3.8 millones son mujeres y hombres 11.1 millones). De este número son 5.4 millones de mexicanos fuman diariamente y 9.4 lo hacen de forma ocasional.



En México el consumo de tabaco ha aumentado a edades más tempranas. De acuerdo con “La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos del 2015, el 16.4% de la población de 15 años o más en el país son personas fumadoras activas, entre ellas 10.6 millones son hombres y 3.8 millones son mujeres” (Fuentes, 2019).

Fumar aumenta más de 20 veces el riesgo de muerte. Se reportó que al año mueren cerca de 43 mil personas a consecuencia de enfermedades que se le atribuyen al consumo de tabaco, representando el 8.4% de muertes en México (ENCODAT, 2017).

En la República Mexicana se reportaron 10 mil nuevos casos de cáncer de pulmón, cerca del 95% se diagnostican en etapas avanzadas, originando así un serio problema de salud pública. En el país entre los años 2005 y 2010, se registró un total de 117,749 defunciones a causa de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) a la que se atribuye al uso del tabaco, reveló el INEGI (INEGI 2005-2010). Implicando un promedio de 19,624 defunciones anuales, 53.7 defunciones al día (Fuentes, 2019).

“El INEGI estima que entre los años 2005 y 2015, han fallecido un total de 83,014 por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón; asimismo hay una suma de 60,694 defunciones por cáncer de próstata; 57,178 por tumor maligno en las mamas; así como 11,345 por tumores en la cavidad bucal, la faringe y el labio.” Las mujeres se ven más afectadas por el uso del tabaco, hay un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón, así como padecer una enfermedad coronaria. El consumo del cigarro aumenta las posibilidades de padecer cáncer de mama (Fuentes, 2019).



1.5.2. Alcohol

Según datos de la OMS (2018), se reportó que se producen cada año 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, representando el 5.3% de todas las defunciones. El alcohol es el causante de más de 200 trastornos y enfermedades debido a su uso excesivo.

El abuso de alcohol no solo perjudica a quien lo consume, sino que también a las personas que les rodean. El consumo excesivo de esta sustancia se le considera como una carga sanitaria, económica y social. El problema que nos aqueja hoy en día es que se ha visto un aumento en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes y de las mujeres.

Según la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2014, refiere que se mostró un aumento significativo entre el 2002 y 2011 sobre la prevalencia del consumo de alcohol alguna vez en la vida con 64.9% a 71.3%, durante el último año 46.3% a 51.4%. Mientras que el porcentaje de dependencia aumentó de 4.1% a 6.2%. En la población adolescente también se aprecia un incremento en el último año de 25.7% a 30%, mientras que la prevalencia del último mes se duplicó de 7.1% a 14.5% en el mismo periodo (ENCODAT, 2017).

Se reportaron datos según la ENA que el número de adolescentes en el 2011 se incrementó al 55.2% de los cuales la edad de inicio en hombres fue de 16.6 años mientras que en las mujeres se encontró entre los 19 años (ENCODAT, 2017).

Según la ENCODE obtuvo una prevalencia en estudiantes de 5º y 6º año de primaria, así como de estudiantes de secundaria y bachillerato. En donde los estudiantes de primaria tuvieron un consumo de alcohol del 17 % de los cuales el 21.5% fue en hombres y 12.1 % en mujeres. La población infantil indicó haber probado alguna vez una bebida alcohólica y el 2.4 % presentó un consumo excesivo. Las entidades que mostraron un consumo excesivo fue Querétaro 4.8% y Tlaxcala 4.2% (ENCODE, 2014).



En secundaria se obtuvo un 41.9% de los hombres y en mujeres 39.4% habían mencionado haber consumido alcohol alguna vez en su vida. Mientras tanto en el bachillerato incrementan las cifras con un 74,5% en hombres y en mujeres 73.3%. Dando como resultado en general entre estudiante de secundaria y bachillerato un 53.2% (ENCODE, 2014).

El grupo etario de 20 a 39 años con un 13.5% de las defunciones son atribuidas al consumo de alcohol” (OMS, 2018). “Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos” (OMS, 2018).

Las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo tienen mayor probabilidad de que el bebé nazca con alguna enfermedad como: malformaciones, daño cerebral y problemas de comportamiento; pero la afección más común es el síndrome alcohólico-fetal (El consumo de drogas en México se disparó 205% entre 2011 y 2017, y fue peor en niñas y adolescentes, 2018).



1.5.3. Drogas ilegales.

Actualmente en México hay una mayor disponibilidad de drogas ilegales y esto origina un aumento impresionante en el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los principales grupos vulnerables. Esta situación representa un problema importante de salud pública ya que las consecuencias que trae consigo son sanitarias y sociales; afectando a quienes las usan, así como a las personas que les rodean.

En nuestro país se comercializan y transitan diferentes sustancias ilegales. Los diferentes gobiernos han tratado de terminar con este problema, pero ha sido inútil, ya que cada día se incrementa el número de consumidores, así como la distribución de estas sustancias. El crimen organizado se las sigue ingeniando para continuar con la comercialización de estas drogas. Un claro ejemplo de esto, es el famoso “narcomenudeo”, que consiste en la venta de drogas ilícitas a pequeña escala. En el 2009 se aprueba una ley contra el narcomenudeo (¿Cómo es el Narcomenudeo en México?, 2016).

Según datos de la ENCODE (2014), dice que las sustancias de mayor consumo en nuestro país son: marihuana con un total de 10.6% (12.9% en hombre y en mujeres con 8.4%), seguida de los inhalables con un 5.8% (5.9% en hombres y en mujeres 5.8%), los tranquilizantes con un total de 3.7% (3.2% hombres y 4.3% en las mujeres); en los hombres, el consumo de cocaína fue de (4.2%) mayor que el de los tranquilizantes.

Las personas que son más vulnerables al consumo de cualquier tipo de sustancia ilícita son: los adolescentes debido a la gran cantidad de factores de riesgo a los que están expuestos y el segundo grupo son las mujeres; esto debido al cambio que se presenta entorno a la mujer en la sociedad, pues no es el mismo comportamiento que mostraban años atrás, ahora la mujer quiere ponerse a la par del hombre; lo que trae consigo problemas para su salud.



El “Consumo de drogas entre las mujeres mexicanas aumentó de forma alarmante entre 2011 y 2017 al crecer 205%, siendo las niñas y adolescentes el grupo en el que se incrementa con mayor rapidez, de acuerdo con cifras de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)” (El consumo de drogas en México se disparó 205% entre 2011 y 2017, y fue peor en niñas y adolescentes. 2018).

Guadalupe P. Rodríguez coordinadora del Programa de Investigación y Prevención del Tabaquismo de la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Explica las diferencias que existen entre los hombres y mujeres a nivel cerebral, hormonal y social. Dice que las mujeres son más vulnerables a crear una adicción con mayor facilidad en comparación con los hombres. Al momento de querer dejar de consumir cualquier tipo de droga, el síndrome de abstinencia será más fuerte en ellas por las diferentes características que tienen. Nos dice que las niñas y las adolescentes entre los 12 y 17 años forman un grupo, cuyo consumo crece de manera rápida en el país, consumiendo drogas legales, ilegales y psicofármaco (El consumo de drogas en México se disparó 205% entre 2011 y 2017, y fue peor en niñas y adolescentes. 2018).

Otro problema que se está presentando con mayor incidencia es el consumo de psicofármacos en adolescentes. Según la ENCODE (2014), refiere que el 5.8% de los estudiantes reportó haber consumido drogas médicas fuera de prescripción médica, este porcentaje es mayor en mujeres con un 6.5% que en los hombres con un 5.1%. A nivel de grado académico es mayor el consumo en jóvenes que están en bachillerato con un 7.5% a comparación de los que se encuentran en secundaria con un 4.7%; reportaron consumir este tipo de sustancias alguna vez en la vida.

Las drogas que se consumen en México son: marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y metanfetaminas. En la siguiente tabla se hace una comparación entre el consumo de drogas entre el 2011 y 2016 (ENCODE, 2014).



Tendencia del consumo de drogas en población de 12 a 65 años.

Drogas	Total		Hombres		Mujeres	
	%	%	%	%	%	%
Año	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Marihuana	6.0	8.6	10.6	14.0	1.6	3.7
Cocaína	3.3	3.5	5.9	6.2	0.7	1.1
Alucinógenos	0.7	0.7	1.1	1.0	0.3	0.4
Inhalables	0.9	1.1	1.5	1.7	0.3	0.6
Heroína	0.2	0.2	0.4	0.3	XXX	XXX
Metanfetaminas	0.8	0.9	1.3	1.4	0.4	0.4

Tabla 1 Tendencia del consumo de drogas alguna vez en población de 12 a 65 años.
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002, 2008, 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Tendencia del consumo de drogas en población de 12 a 17 años.

Drogas	Total		Hombres		Mujeres	
	%	%	%	%	%	%
Año	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Marihuana	2.4	5.3	3.5	5.8	1.3	4.8
Cocaína	0.7	1.1	0.8	1.0	0.7	1.1
Drogas ilegales	2.9	6.2	3.9	6.6	1.9	5.8
Cualquier droga	3.3	6.4	4.0	6.6	2.6	6.1

Tabla 2 Tendencia del consumo de drogas alguna vez en población de 12 a 17 años.
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002, 2008, 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.



Tendencia del consumo de drogas en población de 18 a 34 años.

Drogas	Total		Hombres		Mujeres	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Marihuana	8.7	12.8*	15.0	20.0*	2.8	6.1*
Cocaína	5.2	5.2	9.4	8.9	1.2	1.7
Alucinógenos	1.3	1.2	2.0	1.6	0.7	0.7
Inhalables	1.3	1.6	2.3	2.6	0.4	0.7
Heroína	0.3	0.3	0.6	0.6	***	***
Metanfetaminas	1.5	1.5	2.3	2.5	0.8	0.6
Cualquier droga ilegal	10.6	14.5*	17.8	22.6*	3.9	7.0*
Cualquier droga	11.3	15.0*	18.5	22.8*	4.6	7.6*

Tabla 3 Tendencia del consumo de drogas alguna vez en población 18 a 34 años.

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002, 2008, 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas.

Tendencia del consumo de drogas en población de 35 a 65 años.

Drogas	Total %		Hombres%		Mujeres%	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Marihuana	4.8	6.1*	9.4	11.7	0.7	1.1
Cocaína	2.5	3.0	4.8	5.8	0.3	0.4
Crack	0.6	0.6	1.2	1.2	***	***
Alucinógenos	0.4	0.4	0.8	0.7	***	0.1
Inhalables	0.5	0.6	1.1	1.1	0.1	0.1
Heroína	0.2	0.1	0.5	0.3	--	--
Metanfetaminas	0.4	0.4	0.7	0.7	0.1	0.1
Cualquier droga ilegal	5.7	7.0	11.1	13.4	0.9	1.3

Tabla 4 Tendencia del consumo de drogas alguna vez en población de 35 a 65 años.

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002, 2008, 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017



1.6. Situación actual sobre el número de personas que llegan al servicio de urgencias.

Los servicios de urgencias hospitalarias reportaron que un total de 6957 personas respondieron la cédula, de las cuales 56.7% fueron mujeres. La media de edad fue de 37.1 años, la estratificación de la población por grupo de edad y sexo mostró que el sexo femenino tuvo una discreta mayoría en los grupos de 15 a 24 años, 11.3% reportó ser estudiante de tiempo completo. Por otro lado, 3.0% de los pacientes que se presentaron al servicio de urgencias se encontraban bajo el efecto de alguna droga; de éstos, 73.7% reportó haber ingerido alcohol y 6.2% marihuana (Tapia, Villalobos, Valera, Cadena, Ramírez, Guzmán, Maldonado y Ortiz, 2016).

La prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida a nivel nacional creció significativamente entre 2002 y 2011 al pasar de 5.0% a 7.8%, mientras que el consumo de cualquier droga ilegal incrementó de 4.1% a 7.2%. Por sexo, en los hombres el consumo de cualquier droga pasó de 8.6% a 13% y de drogas ilegales de 8.0% a 12.5%. En las mujeres, la primera aumentó de 2.1% a 3.0% y la segunda de 1.0% a 2.3%. Las drogas de preferencia continúan siendo la marihuana (6.5%) y la cocaína (3.6%) (Villatoro, Medina–Mora, Fleiz, Moreno, Oliva, Bustos, Fregoso, Gutiérrez y Amador, 2012).

En el Informe Mundial de Drogas (2019), se menciona que cerca de 271 millones de personas en el mundo usaron drogas en el último año, que representa 5.5% de la población de 15 a 64 años, y 31 millones presentaron algún trastorno relacionado con el uso de sustancias, cifra que equivale a 11% de los usuarios de drogas. Asimismo, 34.2 millones de personas de 15 a 64 años usaron estimulantes de tipo anfetamínico; 18.2 millones en el mismo rango de edad usaron cocaína, y 34.3 millones usaron opioides (UNODC, 2019).

En cuanto a las personas que acudieron a algún servicio de urgencias debido al uso de drogas en 2018, se observa que el consumo de alcohol registró el mayor número de urgencias médicas asociadas al consumo de drogas, con 29,644 casos (83.3% hombres y 16.7% mujeres), seguido por el uso de múltiples drogas

con 6,011 casos (83% hombres y 17% mujeres) y en el tercer lugar la cocaína (2040 casos). La cocaína, con 2040 casos fue la droga ilícita que con mayor frecuencia generó alguna urgencia, de ellos el 83.6% fueron hombres y 16.4% mujeres. En segundo lugar, se encuentran los inhalables con 1,806 casos en urgencias, 75.3% fueron hombres y 24.7% mujeres. Por consumo de cannabinoides, es específico la marihuana, se reportaron 1,274 casos (81.3% hombres y 18.7% mujeres); por estimulantes se presentaron 965 casos (77% hombres y 23% mujeres), por sedantes e hipnóticos 661 casos, en los cuales un porcentaje importante fueron mujeres (44.2%); otras drogas que generaron atención en servicios de urgencias fueron los alucinógenos con 424 casos y opiáceos con 421 casos (Sánchez, Robles, Fukushima & Ferrer, 2019).

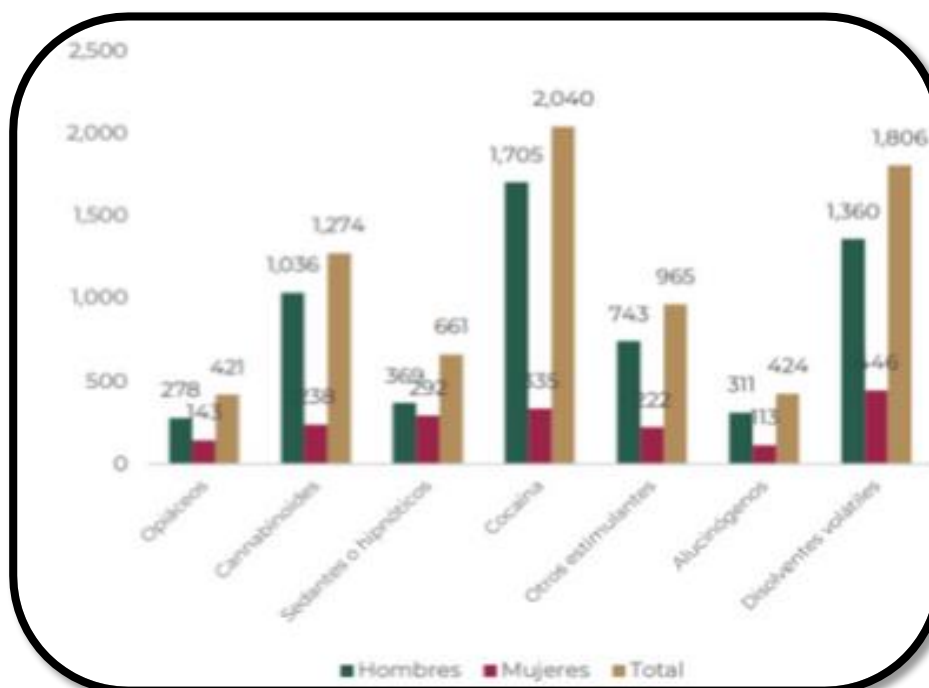


Figura 5 Pacientes atendidos en urgencias debido al uso de distintas sustancias 2017.

Fuente: dirección General de información en Salud (DGIS).



La edad de las personas que acudieron al servicio de urgencias varía por el tipo de droga consumida. Las edades en que se concentran estas solicitudes al área de urgencias, por el consumo de las drogas ilícitas con el mayor número de casos (cocaína, inhalables y marihuana), está entre los 15 y 34 años (Sánchez, Robles, Fukushima & Ferrer, 2019).

Edad (años)	Alcohol	Opiáceos	Cannabinoídes	Sedantes hipnóticos	Cocaína	Alucinógenos	Tabaco	Disolventes volátiles
10-14	358	12	46	25	22	12	1	62
15-19	2474	40	422	100	218	94	10	330
20-24	3111	66	279	111	381	82	12	399
25-29	3091	66	181	82	424	84	7	296
30-34	3760	58	114	68	357	47	12	232
35-29	3896	4	72	50	267	47	7	153

Tabla 5 Distribución por edad de los pacientes atendidos en urgencias.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS), 201

1.7. Principales sustancias por motivo de ingreso a urgencias.

De acuerdo con los datos, recabados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), de los 8,135 casos que se presentaron en los servicios de urgencias durante 2018, un total de 915 pacientes (11.3%) ingresaron bajo el efecto de alguna droga, el 83.6% de los pacientes fueron hombres (765 casos) y el 16.4% mujeres (150 casos) (Sánchez, Robles, Fukushima & Ferrer, 2019).

El 66.6% de los ingresos bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva fueron por el consumo de alcohol (609 casos), seguidos por la marihuana con el 8.3%, la cocaína con el 6.9% el resto de las drogas obtuvieron porcentajes por debajo del 6.0%. Se detectaron casos de consumo de varias drogas al ingresar a los servicios de urgencias, se identificaron 123 casos bajo los efectos de una segunda droga, 13 casos con el consumo de tres drogas y dos personas que

ingresaron bajo los efectos de cuatro sustancias psicoactivas (Sánchez, Robles, Fukushima & Ferrer, 2019).

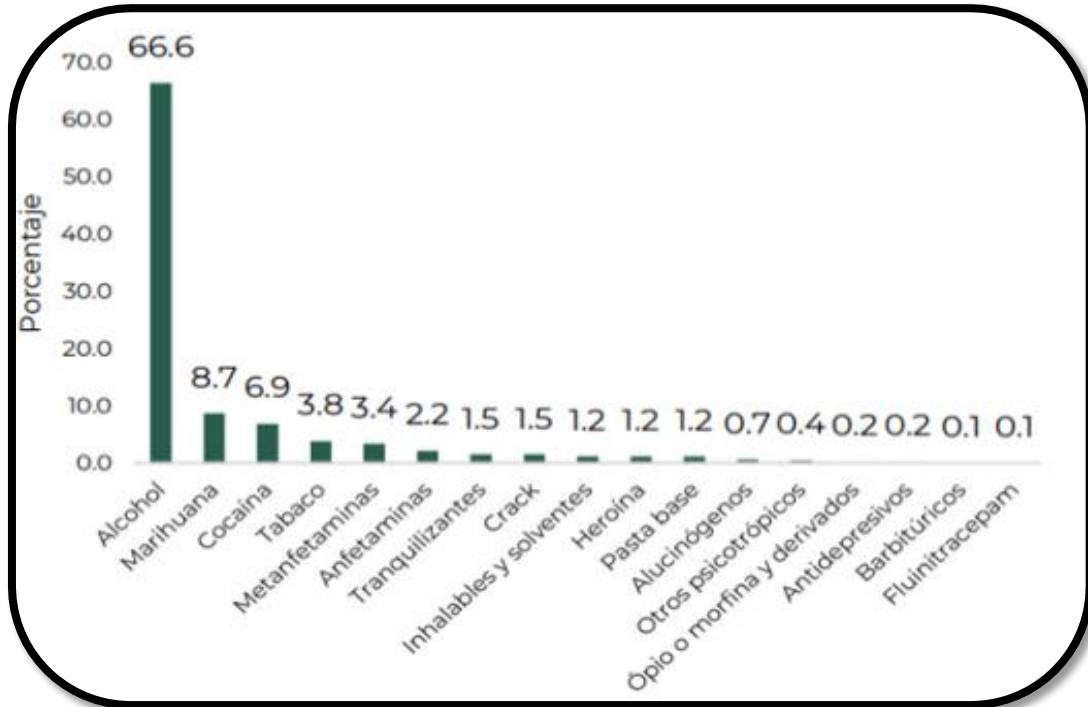


Figura 6 Principales sustancias al ingreso a urgencia.

Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018.

El 11.9% de los pacientes que ingresaron a los servicios de urgencias bajo los efectos del consumo de alguna sustancia psicoactiva, presentaron como patología base la psicosis por el consumo de alcohol u otras drogas, asimismo el 5.7% tenía cirrosis o gastritis. Dentro del rubro de patología base se reporta un porcentaje importante en la categoría de otras patologías, dentro de esta categoría el 0.6% de los usuarios que ingresaron bajo los efectos del consumo de alguna droga presentaron como patología previa la intoxicación por el consumo de alcohol y el 0.5% por el consumo de metanfetaminas, sustancias de uso médico u otras drogas no especificadas (Sánchez, Robles, Fukushima & Ferrer, 2019).



Las causas más frecuentes fueron las siguientes:

Causas de ingreso a urgencias	Número	Porcentaje
Caída	205	33.2
Accidente automovilístico	101	16.3
Trauma por objeto contundente	64	10.4
Intoxicación o envenenamiento	54	8.7
Atropellado	43	7.0
Objetos punzocortantes o contundentes	32	5.2
Asfixia o sofocación	20	3.2
Sobredosis accidental	15	2.4
Proyectil de arma de fuego	14	2.3
Piquete o mordedura	13	2.1
Quemadura por fuego o química	9	1.5
Sobredosis auto infligida	9	1.5
Aplastamiento	8	1.3
Envenenamiento suicida	8	1.3
Corriente eléctrica	5	0.8
Maquinaria	2	0.3
Otra	2	0.3

Tabla 6 Ingreso a urgencias.

Fuente: Observatorio Mexicano de Drogas (2019) con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2018

2. PRINCIPALES GRUPOS VULNERABLES Y SU IMPACTO.

2.1. Definición de vulnerabilidad

El término “vulnerable” tiene diferentes connotaciones, pero nosotros lo retomaremos desde una perspectiva de salud. Según González, Hernández y Sánchez-Castañeada (2019), definieron vulnerabilidad como un estado que representa debilidad, ruptura del equilibrio que arrastra a una persona o grupo social, a alguna situación negativa. Se van a caracterizar por la incapacidad de actuar o de reaccionar a corto plazo.

Por esta razón decimos que se va a clasificar a una persona y/o grupo social como vulnerable, cuando ellos se encuentren expuestos a un número mayor de factores de riesgo, en donde su vida como integridad se vea comprometida o perjudicada. Todos ellos compartirán características como: edad, sexo, lugar de origen, escolaridad, estado civil, situación económica, etc. Cada uno de estos puntos, aumenta la probabilidad para que se desarrollen conductas de riesgo, como es el caso del consumo de drogas ya sea legal o ilegal. Los principales grupos vulnerables son los adolescentes y las mujeres.



Figura 7 Grupos vulnerables.

2.2. Grupos vulnerables.

2.2.1. Adolescentes.

La adolescencia es la etapa de vida que se encuentra comprendida entre los 10 y 19 años; aunque en los últimos años este rango se ha ampliado de los 10 a los 24 años. Esta clasificación de edad está basada en los datos de morbilidad-mortalidad que caracterizan a estos grupos de personas (Caltenco y García, 2017; Gómez, Hernández y Yañez, 2011).

La palabra adolescencia deriva del latín “adolescere” que significa (crecer hacia la adultez). La adolescencia es una de las etapas más importantes en la vida de cualquier persona, pues aquí se deja de ser niño para convertirse en una persona adulta. Los adolescentes están en el proceso de maduración física, psicológica y social (Caltenco y García, 2017).

Algunos de los cambios físicos por los que atravesarán las mujeres son: telarca, ensanchamiento de caderas, pubarca, crecimiento de vello axilar, menarca y por último aumento de las glándulas mamarias. En el caso de los hombres se presenta: aumento de los testículos, aparición de vello pubiano, axilar y poluciones nocturnas (Gómez, Hernández y Yañez, 2011). En esta etapa de vida experimentaran cambios contradictorios respecto a sus emociones y sentimientos los que les van a generar conflictos que alteran su conducta (Caltenco y García, 2017).



Figura 8 Grupos vulnerables (niños).

Por todos los cambios físicos y psicológicos que se presentan durante la adolescencia vamos a considerar a estos como uno de los principales grupos vulnerables para el consumo de drogas legales e ilegales.

Algunos de los factores de riesgo que caracteriza a este grupo de personas es la corta edad que tienen, la mala relación con sus familiares, la deserción escolar, violencia, la influencia negativa de amigos entre otras. Hacemos un mayor énfasis en esta última, puesto que las primeras relaciones que entablen con otras personas ya sea de su edad o más grandes serán una pieza fundamental para que ello decida entrar al mundo de las drogas o no.



Figura 9 Amistades negativas en adolescentes.

2.2.2. Mujeres.

Las mujeres se han visto afectadas por esta situación, debido a que en la actualidad siguen existiendo casos de desigualdad entre hombres y mujeres. Esta problemática no es tan marcada como antes, pero aún, se siguen presentado algunos casos en donde los varones tienen mayor preferencia que las mujeres. Durante siglos ellas han luchado por conseguir esa tan anhelada igualdad de género. Debido a esta situación se les considera un grupo vulnerable, pues en la búsqueda de esta igualdad, han adquirido conductas de riesgo en donde se ve comprometida su integridad o su vida.

Desde la época prehispánica y la colonia, a la mujer solo se le veía como la persona que se tenía que dedicar a procrear, mantener una casa limpia, a la crianza de los hijos y que tenían que atender a un esposo; en ese lapso la voz de la mujer no tenía valor, ni era escuchada y tenían que subordinarse a las órdenes del hombre. Pero con el paso del tiempo, las mujeres comenzaron a luchar por conseguir un papel en la sociedad y por ser tomadas en cuenta.

Durante la Independencia de México, el Porfiriato y la Revolución Mexicana el papel de la mujer cambió, ya que se le empezaba a tomar más en cuenta (Rojas & Sotelo, 2003).

En la Independencia de México, las mujeres empezaban a ser incluidas en la educación y conforme a esto empezaban a pedir respeto. La mujer que se dio a notar en esta época fue Doña Josefa Ortiz de Domínguez, quien con la labor que realizó durante esta lucha fue rompiendo con el rol que se les daba a las mujeres en aquellos tiempos. Conforme a esto las mujeres estaban más presentes en la sociedad. En la Revolución Mexicana las mujeres fueron dotadas con un nuevo rol, ya que se les empezaba a dar una nueva forma de participación, cambiando así la manera de ver a las mujeres en la sociedad (Rojas y Sotelo, 2003).



Figura 10 Las mujeres en la revolución.

Con el voto de la mujer en 1995; se da un cambio importante para ellas en la sociedad, pues ya eran tomadas en cuenta, manifestando sus demandas y exigiendo sus derechos, además de adquirir el carácter de ciudadanía, se habla sobre la igualdad de género (Rojas y Sotelo, 2003).

A pesar del importante cambio que han experimentado las mujeres en la sociedad a lo largo de la historia; aún se puede observar que se siguen dando casos de desigualdad entre hombres y mujeres dando como resultado que las mujeres sean susceptibles a adquirir conductas de riesgo y se den situaciones

de violencia de género, la cual puede ser caracterizada por violencia física, sexual, económica y psicológica; que puede ser ejercida por la pareja, familia e instituciones del estado; debido a estas situaciones ellas tienen un mayor riesgo de consumir algún tipo de droga (Villar, 2014).

Por otro lado, las mujeres tienden a volverse adictas en un periodo menor, en comparación con los hombres, que pueden consumir por más tiempo alguna droga antes de ser adictos. Por esta situación las mujeres son más susceptibles a sufrir algún daño a la salud como: ataque de pánico, ansiedad y/o depresión, debido al consumo de drogas. Otra de las situaciones que aquejan a las mujeres es que son propensas a padecer alguna recaída después del tratamiento. Las Mujeres tienen una mayor probabilidad de ingresar a la sala de urgencias o morir a causa de una sobredosis. Un divorcio, la pérdida de la custodia de un hijo pueden desencadenar el consumo de drogas u otro trastorno de salud mental (El consumo de drogas en México se disparó 205% entre 2011 y 2017, y fue peor en niñas y adolescentes, 2018).

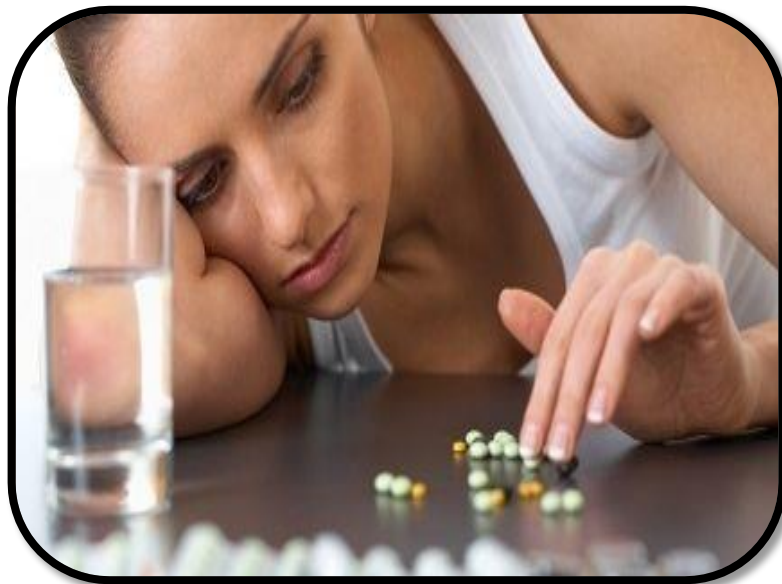


Figura 11 Consumo de drogas en mujeres.



2.3. Factores de riesgo individual, familiar y social.

Los factores de riesgo son aquellos atributos o características, individuales, familiares, condición situacional y/o contexto ambiental, que aumentan la probabilidad del uso y abuso del alcohol, tabaco u otras drogas (Tapia, Villalobos, Valera, Cadena, Ramírez, Guzmán, Maldonado y Ortiz, 2016). La Norma Oficial Mexicana (NOM) 0828- SSA2-2009, define a un factor de riesgo como un atributo de una persona o población, que tendrá una mayor probabilidad de consumir sustancias psicoactivas (Guzmán y Rivero, 2013).

Según Tapia, *et al.* (2016) refieren que la conducta que se asocia al consumo de drogas obedecerá a múltiples factores que pueden aumentar el riesgo de que una persona pueda consumir alguna sustancia.

El nivel de riesgo de una persona se puede dividir en tres categorías:

- Sin riesgo: la persona no está expuesta a factores de riesgo que puedan provocarle una problemática significativa, en el caso de estar expuesto, estos no determinan en él o ella esa problemática, probablemente, por la presencia de “resistencia” o factores de protección.
- Riesgo bajo o moderado: la persona ya manifiesta algunas problemáticas, puede estar experimentando algunos problemas familiares, escolares o consumir esporádicamente tabaco o alcohol.
- Alto riesgo: tiene un riesgo alto de experimentar problemas a causa de otros factores de riesgo personales, ambientales o familiares.

Individuales: Se van a definir como aquellas características personales que van a definir a una persona para adoptar conductas de riesgo y que puedan poner en peligro su vida. Algunas de estas se van a representar por: inseguridad, impulsividad, baja autoestima, etc. (Tapia, *et al.*, 2016).

Factores de riesgo individuales		
Personalidad	Conductuales	Cognitivos, actitudes y valores
<ul style="list-style-type: none">• Baja autoestima.• Baja asertividad.• Elevada búsqueda de sensaciones.• Falta de conformidad con las normas sociales.• Escasa tolerancia a la frustración.• Elevada necesidad de aprobación social y falta de autonomía.• Dificultad para el manejo del estrés.	<ul style="list-style-type: none">• Insatisfacción con el empleo del tiempo libre.• Bajo aprovechamiento escolar.• Falta de habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none">• Falta de conocimiento de las drogas.• Baja percepción de riesgos.• Falta de habilidades para la toma de decisiones o resolver problemas.• Actitudes desfavorables hacia las drogas.• Sobreestimación de la prevalencia del consumo de drogas.• Confusión en el sistema de valores.

Tabla 7. Factores de riesgo individuales.

Familiares: estos se verán influenciados por el tipo de relaciones que existirán entre los familiares, así como la presencia de conductas de riesgo (Tapia, *et al.*, 2016).

Factores de riesgo familiares.	
Estructura familiar disfuncional.	Ausencia de uno o ambos padres ya sea por divorcio, muerte, enfermedad u otro factor.
Falta de cohesión familiar.	Actividades dispersas de los integrantes, ausencia de espacios para la convivencia familiar, vínculos débiles entre los miembros de la familia.
Clima afectivo inadecuado	Conflictos, inexpressión emocional, represión.
Estilo educativo familiar rígido, laxo o católico.	Reglas y funciones poco claras, ausencia o distorsión de la comunicación.
Consumo de drogas en la familia.	Presión de la familia para el consumo de drogas.

Tabla 8. Factores de riesgo familiares.

Sociales: Existe una mayor vulnerabilidad por las diferentes situaciones socioculturales en las que se puede encontrar inmerso una persona o grupo social. Esta se verá caracterizada por la zona en la que viven, en donde hay un alto nivel de consumo de drogas, marginación, delincuencia, desarraigo social y menores en situación de calle (Tapia, *et al.*, 2016).

Factores de riesgo sociales.	
Contexto social inmediato	<ul style="list-style-type: none">• Necesidad de aprobación social como un reforzador de la conducta.• El consumo de drogas se relaciona con un sinnúmero de procesos que se producen en distintos ámbitos• Las personas más significativas y/o inmediatas actúan como modelos
Ambiente escolar.	<ul style="list-style-type: none">• Oferta y/o consumo en la escuela.• Tolerancia al consumo de drogas.• Falta de integración e identificación con el grupo escolar.• Desinterés por las actividades escolares.• Escasa participación en actividades extracurriculares.• Hábitos de estudios caóticos.• Bajo aprovechamiento escolar.• Ausentismo y deserción escolar.
Ambiente laboral.	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad o acceso a sustancias.• Tolerancia al consumo en el área laboral.• Largas jornadas de trabajo.• Cansancio y estrés laboral.• Conflicto con compañeros y jefes.• Compañeros consumidores.• Presión de los compañeros para el consumo.
Grupo de pares	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad o acceso a sustancias en el grupo de amigos.• Tolerancia al consumo por parte de amigos.• Consumo de drogas entre compañeros y amigos.• Presión por parte de los amigos para el consumo.• Fiestas o reuniones donde se consumen drogas legales o ilegales.
Características culturales.	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad y acceso a las sustancias en la comunidad.• Tolerancia y normalización en el consumo.• Baja percepción de riesgo• Estructura de contención insuficiente.• Publicidad de alcohol y tabaco.• Sistema de valores débil.• Información escasa o distorsionada.• Servicios de salud, educativos y recreativos insuficientes.• Problemas sociales: marginación, violencia, delitos, etc.

Tabla 9 .Factores de riesgo sociales



2.4. Impacto en la salud.

Las personas adictas a menudo tienen uno o más problemas de salud relacionados con las drogas que pueden incluir enfermedades pulmonares o cardíacas, embolia, cáncer o problemas de salud mental. Las escanografías, las radiografías de tórax y los análisis de sangre pueden comprobar los efectos perjudiciales del consumo de drogas a largo plazo en todo el organismo.

El consumo de drogas también puede aumentar el riesgo de contraer infecciones. Al compartir elementos que se usan para la inyección de drogas o tener conductas sexuales no seguras (debido al deterioro de la capacidad de juicio) es posible contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el de la hepatitis C (enfermedad hepática grave). También es posible contraer infecciones del corazón y sus válvulas (endocarditis) y de la piel (celulitis) debido a la exposición a bacterias que puede ocurrir con el consumo de drogas inyectables. Las drogas y las enfermedades mentales con frecuencia coexisten. En algunos casos, trastornos mentales como la ansiedad, la depresión o la esquizofrenia pueden surgir antes de la adicción; en otros casos, el consumo de drogas puede desencadenar o empeorar esos trastornos de salud mental.

Muertes directamente asociadas con el consumo de drogas.

De acuerdo con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de 2010 a 2017 se han registrado 22,856 fallecimientos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas, siendo 21,920 defunciones por el consumo de alcohol, 179 por el de tabaco y 757 por consumo de drogas ilícitas.

En este periodo el uso de inhalables representó la sustancia ilícita relacionada con un mayor número de muertes (115), seguido por los opiáceos (54), la cocaína (39) y por otro tipo de estimulantes (24). En estos ocho años las drogas con un mínimo de muertes relacionadas con su consumo fueron los cannabinoides (6), alucinógenos (3) y los sedantes e hipnóticos con dos decesos. Sin embargo, se presentaron 514 muertes por trastornos mentales y

del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas. Durante el 2017 se registraron 2,597 muertes por el consumo de sustancias psicoactivas.

En general se registraron más muertes en hombres y con relación a la edad, en el caso de múltiples drogas se reportaron más muertes en el grupo de 25 a 29 años, mientras que en el caso de alcohol existen más muertes de los 40 años en adelante. Otra fuente de información sobre el perfil sociodemográfico y la relación entre la causa de muerte y el consumo de sustancias (drogas) de los fallecidos, es la información que anualmente recaba el SISVEA a través del Sistema Médico Forense (SEMFO). Esta información es obtenida a través de un cuestionario que se llena para toda persona fallecida mayor de cinco años que es transferida al SEMFO.

De los 9,723 casos de defunciones registradas en 2018, el 84.2% son del sexo masculino y 15.8% del sexo femenino, tenían un promedio de edad de 42.3 años (desviación estándar de 18.9 años) y el grupo de mayores de 40 años fue el que tuvo la mayor proporción con 48.5% de los registros. De los 9,723 casos, se confirmó que en el 15.2% de las muertes existía evidencia de que previo al fallecimiento se había hecho uso de alguna droga.



Figura 12 Muerte por consumo de drogas

El alcohol fue la droga con mayor frecuencia relativa con el 69.7%, seguido por la cocaína (7.5%), las anfetaminas (6.7%) y la marihuana con el 5.2%. En los casos de fallecimiento reportados por el SEMFO en 2018, de todas las causas de muerte, el alcohol ocupa el primer lugar, seguido por la cocaína y las anfetaminas (UNODC, 2019).

2.4.1. Morbilidad

La incidencia del número de personas que acuden al hospital por el consumo de drogas, según la Dirección General de Información de Salud (DGIS), reportó que se los estados de la Ciudad de México, Sonora y en Baja California fueron quienes mayor número de ingresos tuvieron (DGIS, 2018).

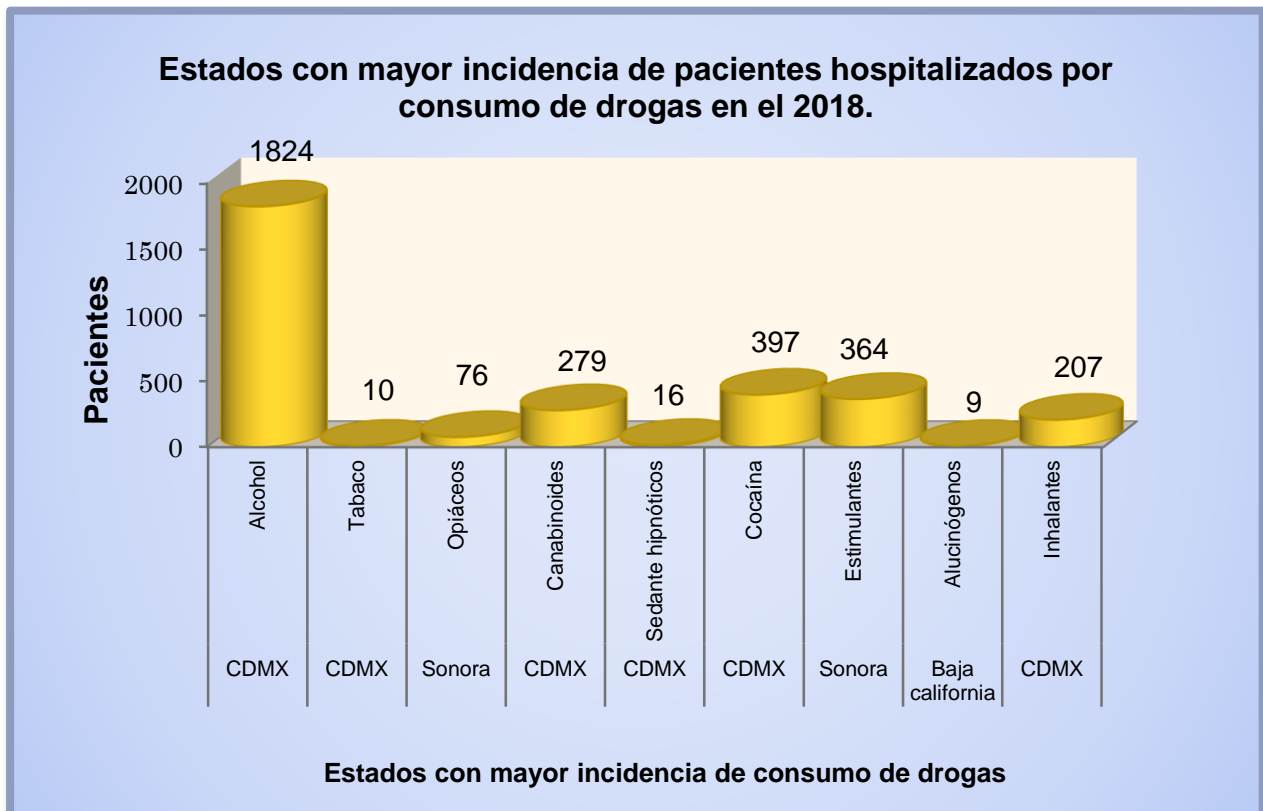


Figura 13 .Mayor incidencia de pacientes hospitalizados por consumo de drogas en el 2018.

Fuente: Dirección General de Información de Salud (DGIS) del 2018.



Figura 14 .Mayor incidencia de pacientes hospitalizados por consumo de drogas en el 2018 en mujeres.

Fuente: Dirección General de Información de Salud (DGIS) del 2018.



Figura 15 .Mayor incidencia de pacientes hospitalizados por consumo de drogas en el 2018 en hombres.

Fuente: Dirección General de Información de Salud (DGIS) del 2018.

2.4.2. Mortalidad.

Cifras muestran que alrededor de 275 millones de seres humanos consumieron drogas ilícitas en 2016, de los cuales, se reportaron 168 mil muertes por causa de una sobredosis y 282 mil murieron por infecciones vinculadas al consumo de drogas (Tourliere, 2018).

Según un informe anual de la ONUDOC, la marihuana encabezaba la lista de las drogas ilegales más consumidas en todo el planeta, con una cifra de 192 millones de usuarios, seguido por opioides y la anfetamina con 34 millones (Tourliere, 2018). El éxtasis con 21 millones y por último la cocaína con 18 millones. En un informe de la DGIS (2019), en México se reportaron entre el 2013 al 2017 se tuvieron 13,710 muertes en hombres por consumo de drogas legales como ilegales, mientras en las mujeres, se reportaron 835 mil muertes en este (DGIS, 2019).

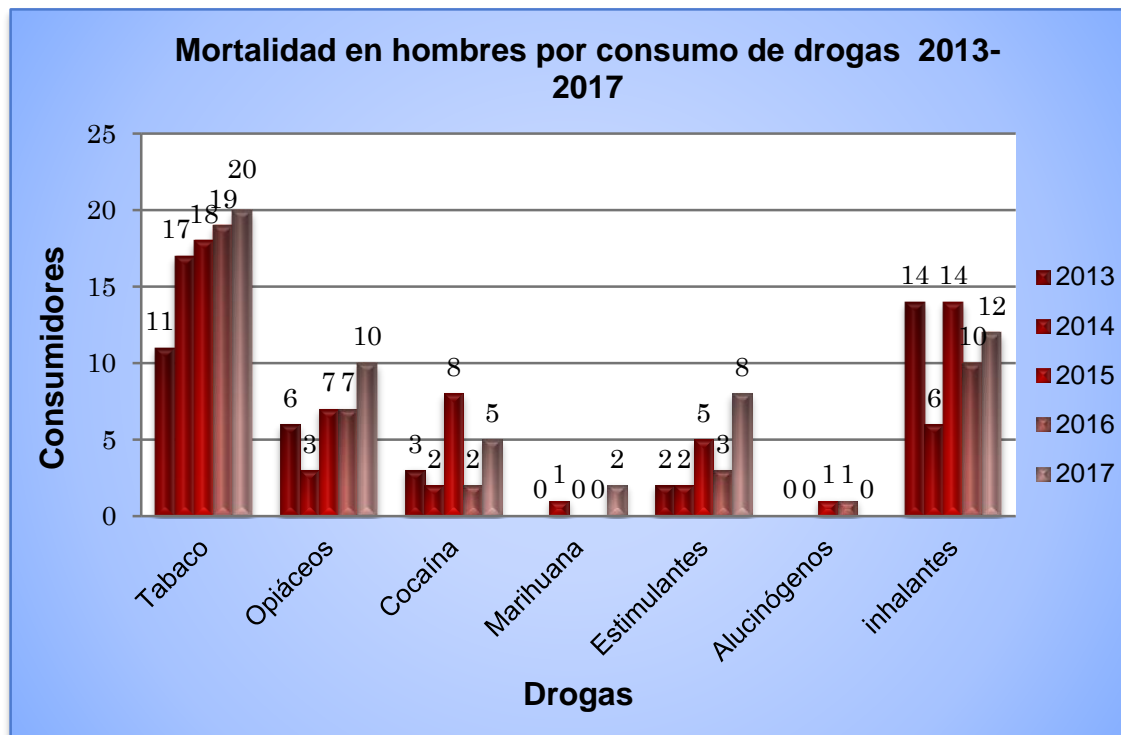


Figura 16 .Mortalidad en hombres por consumo de drogas 2013-2017.

Fuente: Dirección General de Información de Salud (DGIS) del 2018.

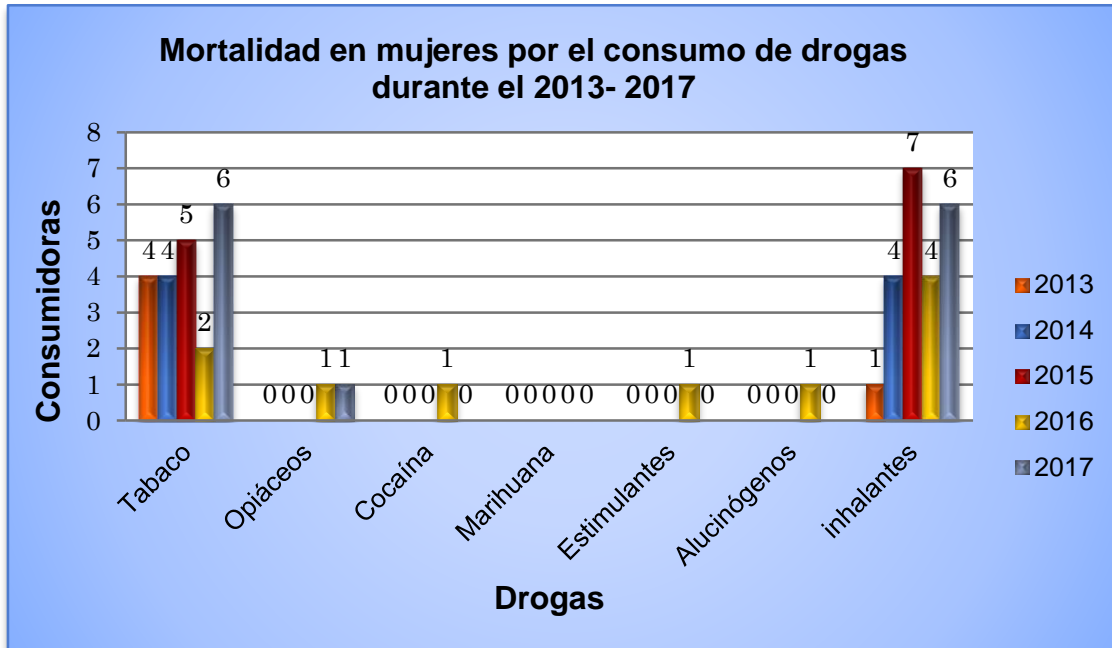


Figura 17 .Mortalidad en mujeres por consumo de drogas 2013-2017.

Fuente: Dirección General de Información de Salud (DGIS) del 2018.



Figura 18 .Mortalidad por sexo ante el consumo de alcohol en los años 2013-2017.

Fuente: Dirección General de Información de Salud (DGIS) del 2018.

2.5. Impacto en la sociedad.

El problema que se vive hoy en día en cuestión a las drogas, es que no solo afecta la salud de las personas que las consumen, sino también a una sociedad, ya que trae consigo problemas de seguridad, economía y sociales. Las cifras que se tienen, han arrojado un aumento en el consumo por parte de los adolescentes, como en las mujeres.

Algunas de las situaciones que se han presentado por el consumo de estas sustancias ilícitas o lícitas son: deserción escolar, abandono, maltrato infantil, explotación de menores, delincuencia y abuso sexual, esto con relación a los adolescentes y en el caso de las mujeres se ha presentado: violencia intrafamiliar, acoso sexual, violencia de género, enfermedades de transmisión sexual, prostitución, etc. (Uribe, 2017).

Como se ha mencionado anteriormente las drogas han generado un incremento en los índices de violencia y delincuencia que se viven en la Ciudad de México como en el resto de la República Mexicana. Otro de los problemas que traen consigo el uso, venta y distribución de drogas, es un aumento del crimen organizado como del narcotráfico.

Según García (2018) refiere que, en el sexenio de Felipe Calderón (2006 – 2012) se reportó un incremento de violencia en el país y durante el mandato del expresidente Enrique Peña Nieto (2012-2018), hubo más de 29.000 muertos, mientras que en el 2017 se consideró como un año en donde se tuvo un aumento de los carteles, armas y drogas (García, 2018).



Figura 19 Narcotráfico

Vamos a considerar como tráfico de drogas a “todas aquellas actividades que están dirigidas a la comercialización de drogas estipuladas como ilegales por la Ley General de Salud en México” (Piña & Poom, 2019).



El tema de las drogas no solo va a afectar a quienes las consumen, sino que también a los familiares, amistades y a la comunidad (Sociedad) en general.

En México existen 55 Centros de Tratamiento Interno para Adolescentes, para quienes infringen las leyes penales. Según el Censo Nacional en el 2017, que realiza el INEGI en el 2016, las personas que se encontraban internas ascendían a 3,844 adolescentes de los cuales el 94% eran hombres y 76% mujeres. Según un estudio de consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes en conflicto con la ley en internamiento CONADIC/DGPTM del 2016 se reportaron los siguientes delitos robo con un 39%, delitos contra la salud 12% homicidios 11%, violación 6% y secuestros con un 4% (Sánchez, Robles, Fukushima & Ferrer, 2020).

2.6. Violencia de género.

El término de violencia lo define la OMS como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Deza, 2013).

El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades, atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones como de comportamiento pueden generar desigualdad de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos (OMS, 2019).

La violencia de género se define como aquella agresión hacia la mujer, que puede resultar en un daño físico, sexual y/o psicológico e inclusive amenazas de tales actos, la coacción o la privación de la libertad, si se produce de forma pública o privada (OMS, 2019).



Según Guzmán (2017), refirió que una gran parte de las agresiones físicas hacia la mujer, fueron por parte de su pareja que se encontraba bajo los efectos del alcohol o alguna droga psicoactiva. Este porcentaje de mujeres agredidas físicamente fue de 49.1%; mostrando un aumento en las áreas rurales con un 56.7% y de las mujeres que no contaban con estudios fue de 65.5%.

Los efectos que presentan los agresores por el consumo de drogas legales o ilegales van desde: desinhibición de mecanismo de conductas violentas, se ve alterada su capacidad de juicio, así como de autocontrol y la percepción de riesgos son asociadas a conductas violentas.

Según Sánchez (2012), nos dice que este tipo de violencia tiene sus orígenes en diferentes factores como:

- Socioculturales: sexismo y el rol de la mujer de antes.
- Familiares: carencia de recursos, estrés, falta de apoyo social y conflictos familiares.
- Relacionados con los agresores: las personas que ejercen violencia tienen como características trastornos mentales, abuso de alguna droga ilegal o alcohol, presentarán conductas antisociales, baja tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos.
- Relacionados con las víctimas: dependencia, baja autoestima, dependencia económica y déficit de apoyo social.

3. LAS DROGAS Y EL MANEJO DE UNA SOBREDOSIS EN EL ÁREA DE URGENCIAS.

3.1 Definición de droga

Según la OMS, una droga es toda sustancia que, introducida en el organismo, puede modificar la conducta del sujeto y provocar un impulso irreprímible al tomarla en forma periódica o continuada a fin de obtener sus efectos y a veces de evitar el malestar de su falta (Tapia, *et al.*, 2016).

3.2 Clasificación de las drogas.

Las drogas en México se van a clasificar como legales o ilegales, cabe resaltar que cuando nos referimos a las drogas legales, estas deberán de cumplir con una edad establecida que los identifique como una persona mayor de edad. En nuestro país se considera a una persona mayor de edad cuando tiene 18 años o más.

Droga legal.

Las drogas legales son aquellas cuya venta ha sido aprobada mediante recetas o directamente en el mostrador, excepto a menores de edad. Dentro de las drogas legales encontramos el alcohol, tabaco, psicofármacos, estimulantes menores (metadona, heroína), psicotrópicos bajo prescripción médica y algunos disolventes de uso doméstico o industrial.



Figura 20 .Droga legal.

Droga ilegal.

Las drogas ilegales son aquellas cuya fabricación, venta y compra con fines de posesión están prohibidas por las leyes. Dichas drogas se fabrican en laboratorios ilegales clandestinos y se accede a través del mercado negro a ellas (Tapia, *et al.*, 2016). Algunas de las drogas que se consideran ilegales son: la metadona, cannabis, heroína, cocaína y drogas sintéticas (anfetamina, éxtasis, etc.).



Figura 21 .Droga ilegal.

3.2 Cómo actúan las drogas en el cerebro.

Las drogas son sustancias químicas que afectan al cerebro al penetrar en su sistema de comunicación e interferir en la manera en que las neuronas envían, reciben y procesan la información. Algunas drogas, como la marihuana y la heroína pueden engañar y activar las neuronas porque su estructura química imita la de un neurotransmisor natural. Aunque estas drogas imitan a las sustancias químicas propias del cerebro, no activan de la misma manera que lo hace un neurotransmisor natural (Caltenco y García, 2017).

La función de la neurotransmisión es transportar una señal desde una neurona emisora hasta una neurona receptora a través de un espacio abierto conocido como sinapsis o espacio sináptico. Todas las neuronas cumplen con esta tarea aproximadamente de la misma forma (National Institute on Drug Abuse, 2017).

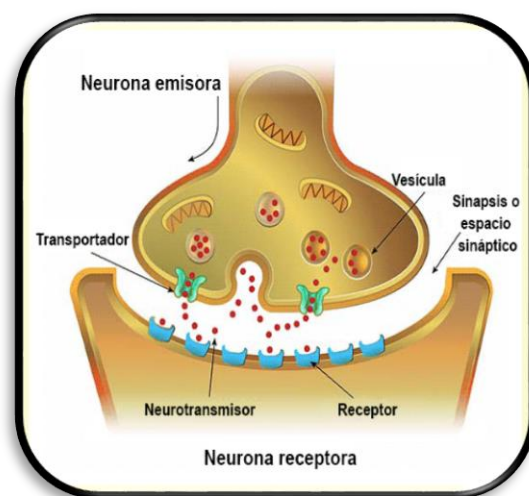


Figura 22 .Neurotransmisión.

“La neurona emisora fabrica moléculas neurotransmisoras y las almacena en paquetes llamados vesículas. Cuando la neurona recibe suficiente estimulación, genera una señal eléctrica y hace que algunas vesículas migren hacia la membrana de la neurona, se fusionen con ella, se abran y liberen su contenido en la sinapsis. Algunas de las moléculas liberadas se desplazan a través de la sinapsis y se conectan, tal como una llave con la cerradura, con moléculas llamadas receptores en la superficie de la neurona receptora. Si el neurotransmisor es un estimulador, por ejemplo, el glutamato, su interacción con el receptor elevará el nivel de la actividad eléctrica de la neurona receptora aumentando así la probabilidad de que esta neurona receptora, a su vez, movilice sus vesículas y emita su propio neurotransmisor. Si el neurotransmisor es un inhibidor, por ejemplo, el ácido gamma-aminobutírico [GABA], disminuirá la actividad eléctrica de la neurona receptora y reducirá así la probabilidad de que libere su neurotransmisor” (NIDA, 2017).

Sistema de recompensa.

Este sistema se conforma por un conjunto de estructuras en el cerebro, que se encargan de generar una sensación subjetiva de placer y la obtención de la recompensa. La finalidad de este sistema de recompensa es que la persona quiera repetir una serie de comportamientos para asegurar así su supervivencia. Gracias a la sensación placentera que se produce al realizar una acción determinada, las personas buscan repetirla con la finalidad de volver a experimentar esa sensación de placer, tal como es el caso de las personas que tienen relaciones sexuales, al comer algún alimento, o cuando se juega algún video juego, etc.

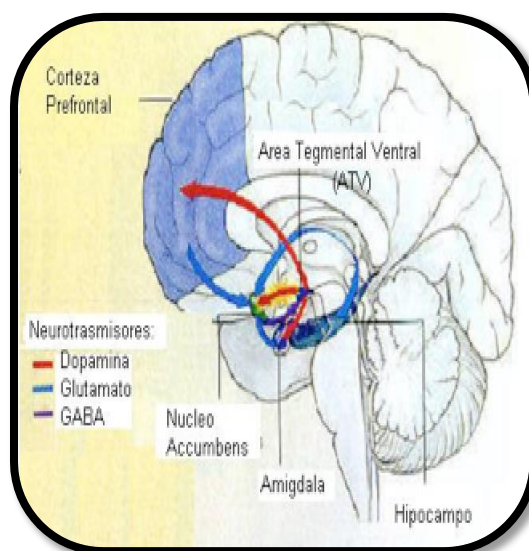


Figura 23 .Sistema de recompensa.

“La mayoría de las drogas, directa o indirectamente atacan al sistema de recompensa del cerebro, inundando el circuito de dopamina” (Caltenco y Guzmán, 2017). La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en regiones del cerebro que regulan el movimiento, las emociones, la cognición, la motivación y los sentimientos de placer.

Cuando se consumen ciertas drogas de abuso, pueden liberar de dos a diez veces la cantidad de dopamina que la liberada por las recompensas naturales. En algunos casos, esto ocurre casi inmediatamente (como cuando se fuman o se inyectan las drogas) y los efectos pueden durar mucho más que aquellos producidos por recompensas naturales. El efecto resultante sobre el circuito de gratificación del cerebro es mucho mayor que el producido por comportamientos naturales de gratificación como el comer y el sexo. El efecto de una recompensa tan poderosa motiva fuertemente a las personas a consumir drogas repetidamente (NIDA, 2009).

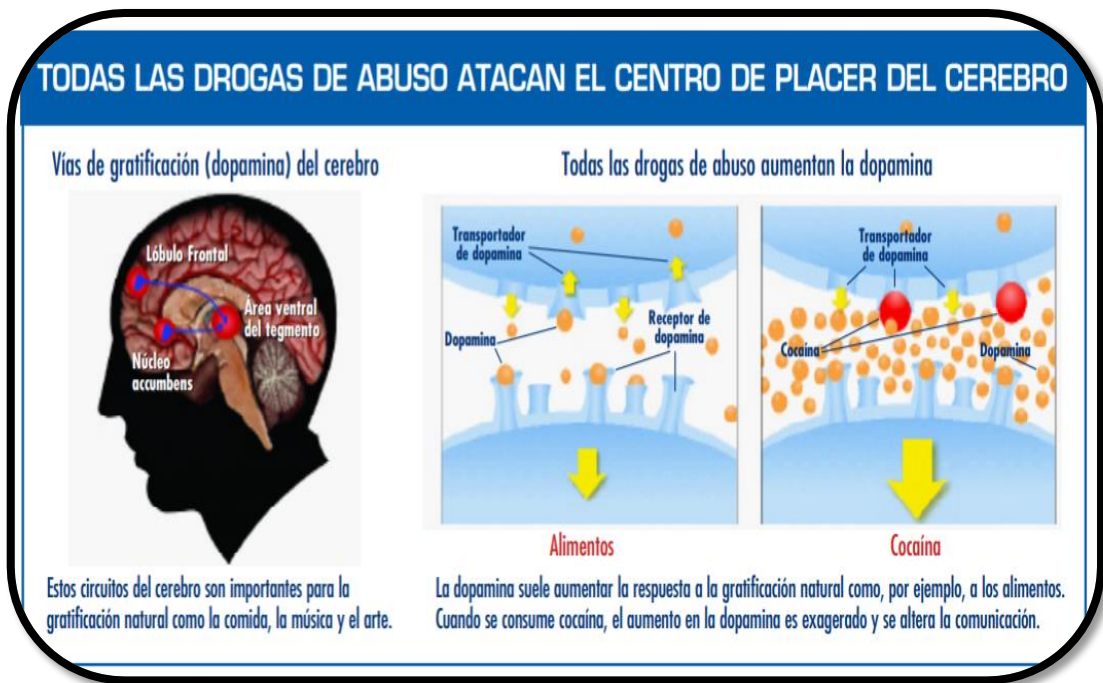


Figura 24 .Todas las drogas de abuso atacan el centro de placer del cerebro.



Tapia *et al.*, (2016) menciona que existen centros de placer que se ven afectados por las drogas como:

Área Ventral Tegmental: el VTA se localiza en el cerebro medio, encima del tallo cerebral y es una de las partes más primitivas del cerebro. Las neuronas de esta área sintetizan dopamina, mientras que sus axones llegan al núcleo accumbens. El VTA también es influenciado por las endorfinas, cuyos receptores son el blanco de las drogas opiáceas como la heroína y la morfina. Otra estructura involucrada en los mecanismos del placer es la corteza prefrontal, cuya función es la planeación y la motivación. La corteza prefrontal es un relevo del circuito de recompensa significativo, que también es modulado por la dopamina.

Locus coeruleus: un centro de alarma del cerebro repleto de noradrenalina, es otra estructura cerebral que tiene una importante función en la adicción a las drogas: cuando no hay acceso a la droga, el locus coeruleus obliga al adicto a realizar cualquier acción para obtenerla.

Núcleo accumbens: el núcleo accumbens tiene una función central en el circuito de recompensa. Su operación se basa principalmente en dos neurotransmisores esenciales: la dopamina, que promueve el deseo, y la serotonina, cuyos efectos incluyen saciedad e inhibición. Muchos estudios en animales han mostrado que todas las drogas incrementan la producción de dopamina en este núcleo, mientras que se reduce la de serotonina. Sin embargo, el núcleo accumbens no funciona aislado, sino que mantiene estrecha relación con otros centros involucrados en los mecanismos de placer y en particular con el VTA (Tapia *et al.*, 2016).

Existen tres estructuras del sistema límbico que también participan de manera activa en el circuito del placer y como consecuencia en la dependencia a las drogas:

La amígdala, que proporciona coloración agradable o desagradable a las percepciones, el hipocampo, base de la memoria que preserva los recuerdos agradables asociados con el uso de una droga y, por asociación, con todos los detalles del entorno en el cual es usada, la ínsula, la porción más anterior de la corteza insular, es la parte del sistema límbico que posiblemente tiene una función activa en la búsqueda de placer asociada con los alimentos y con las sustancias psicoactivas. También puede contribuir con el aspecto consciente de nuestras experiencias emocionales, necesidades y deseos (Tapia, *et al.*, 2016).

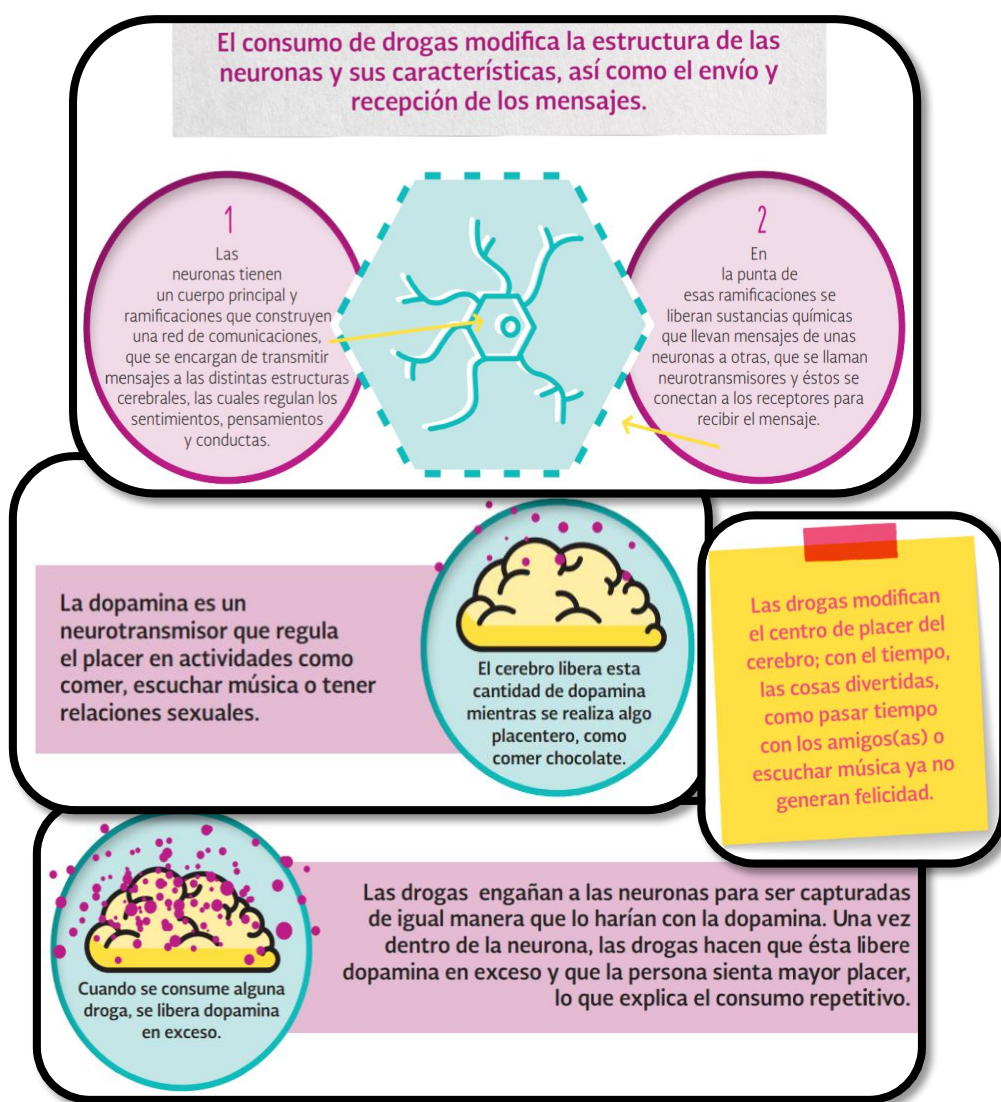


Figura 26 .Las drogas en el cerebro



3.4. Efectos de las drogas en el organismo.

Estimulantes		
Drogas	Efectos a corto plazo	Consecuencias
Alcohol	Cambios de personalidad, más parlanchín, desinhibición, alteración del juicio, ataxia marcada, alteración de la función motora.	Efectos anticoagulantes, toxicidad hepática, pancreática, mucosas del tubo digestivo, en el feto se presenta dependencia a la sustancia.
Cocaína	Euforia, excitación, ansiedad, hablar con exageración, dilatación de pupilas, aumento de la presión sanguínea, alucinaciones y delirios de persecución.	Pérdida de peso, debilidad física, convulsiones, alucinaciones, excitabilidad, trastornos circulatorios, perforación de tabique nasal y muerte por insuficiencia cardiaca.
Anfetaminas y Metanfetaminas	Excitación, hiperactividad, temblor de manos, sudoración abundante, insomnio, disminución del apetito, angustia, nerviosismo y depresión. Su efecto es muy rápido (unos cuantos segundos), lo que intensifica la sensación de energía acelerada y de que todo se puede hacer”; cuando disminuye el efecto (“el bajón”) se puede experimentar paranoia y agresión.	Irritabilidad, agresividad, fiebre, euforia, resequedad de boca y nariz, náuseas, vómito, temblor, convulsiones, trastornos del pensamiento, alucinaciones, delirios de persecución y alteraciones cardiacas. El uso crónico genera alucinaciones, desórdenes mentales y emocionales, e incluso la muerte.

Tabla 8. Efectos de las drogas – Estimulantes



Depresores

Drogas	Efectos a corto plazo	Consecuencias
Nicotina	Incremento en la concentración, estado de alerta, disminución de la ansiedad, Aumento de la T/A, frecuencia cardiaca elevada, hiperglucemia, úlceras en el estómago, sistema inmune débil.	Cáncer: boca, laringe, lengua, esófago, estómago, pulmones y vejiga. Cardiovasculares infarto agudo al miocardio, enfisema pulmonar y EPOC.
Opiáceos	Calman el dolor; motivo por el que, sobre todo la morfina, se utiliza en medicina como un potente analgésico. Provoca mirada extraviada, contracción pupilar, euforia y posteriormente una sensación de “desconexión” respecto del dolor y las preocupaciones sociales; relajación y bienestar, y un mayor grado de sociabilidad. Luego, el usuario se vuelve solitario y se desconecta del medio circundante. Puede ocasionar náuseas y vómito, sensación de calor, pesadez de los miembros, estupor y depresión.	Desnutrición, sudoración, temblores, infecciones por el uso de jeringas y agujas no esterilizadas, hepatitis, abscesos en hígado, cerebro y pulmones; deterioro personal y social
Barbitúricos	Se usan para calmar y reducir estados transitorios de ansiedad provocando sueño, como relajantes musculares y anticonvulsivos. Sus efectos son parecidos a los del opio, aunque en la intoxicación aguda ocurre, además, visión borrosa, falta de coordinación y contracción pupilar, así como movimientos oculares descontrolados,	Cambios de comportamiento, labilidad efectiva, dermatopatías y ansiedad. Provocan uso compulsivo o dependencia física y violencia, disminución de la motivación y apatía



	confusión mental, alucinaciones, excitación, disminución de los reflejos, agresividad, coma y depresión respiratoria; lo que puede llevar a la muerte.	general. Pueden ocasionar convulsiones.
Inhalantes	Sensación de hormigueo y mareo, visión borrosa, zumbido en los oídos, dificultad para articular palabras, inestabilidad en la marcha, sensación de flotar, pérdida de la inhibición, agresividad y alucinaciones.	Vómito, sueño, temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardiaco, convulsiones y destrucción neuronal
Alucinógeno	Alteraciones de la percepción, incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, alucinaciones, actos autodestructivos y reacciones de pánico; temblor de manos, dilatación de las pupilas y gran sensibilidad de los ojos a la luz.	Pérdida de contacto con la realidad, angustia, delirio de persecución, trastornos de la motivación, dificultad para resolver problemas simples, alteraciones de las funciones mentales y reacciones psicóticas.
Cannabis	Relajación, desinhibición, somnolencia, dificultad para respirar, dificultad de concentración, trastornos de memoria a corto plazo, aumento del apetito, sed, sudoración, somnolencia, aumento de la tensión arterial, taquicardia, ojos brillantes y enrojecidos.	Disminución de la agilidad mental, del deseo sexual, apatía, problemas de memoria, arritmias, asma, hipertensión y cardiopatías.

Tabla 9 .Efecto de las drogas – Depresoras



3.5. Tipos de consumidores.

El consumo se clasifica como: experimental, ocasional, social, funcional y disfuncional, de acuerdo con el grado de dependencia y frecuencia en la que se consume.

Consumo experimental: “Las personas con este tipo de consumo no se consideran propiamente adictos, pues el consumo es motivado por la curiosidad. En este grupo se encuentran aquellas personas que por primera vez utilizan la droga, por ser una experiencia novedosa; esta conducta es vista comúnmente en la adolescencia” (Tapia, *et al.*, 2016).

Consumo social: se da cuando las personas utilizan sustancias tóxicas, específicamente en situaciones pasajeras, o sólo en situaciones sociales; o bien, las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos; sin embargo, a partir de estas situaciones pasajeras de consumo puede establecerse una dependencia” (Tapia, *et al.*, 2016).

Consumo funcional: este tipo de consumo se manifiesta cuando las personas hacen uso de drogas para realizar sus actividades cotidianas, pero que aún siguen funcionando social y productivamente; sin embargo, se ha establecido una dependencia tal que no pueden realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga (Tapia, *et al.*, 2016).

Consumo disfuncional: se observa cuando las personas constantemente necesitan consumir la droga y han dejado de funcionar social y productivamente; su vida gira en torno a las drogas y todas sus actividades están dedicadas a su obtención y consumo, ya que no pueden prescindir de ellas en ningún momento (Tapia, *et al.*, 2016).



Figura 27 .Tipos de consumidores.

3.6. Definiciones (uso, abuso, tolerancia, dependencia, sobredosis, síndrome de abstinencia y síndrome de intoxicación.)

Uso: “Aquella forma de relación con las drogas en la que, por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física y social del sujeto, no se detectan consecuencias negativas inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno” (Tapia *et al.*, 2016).

Abuso: “Aquella forma de relación con las drogas en la que, por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y su entorno” (Tapia *et al.*, 2016).

Tolerancia: después de un período de experiencias de uso con una droga, se puede desarrollar el fenómeno conocido como tolerancia. La tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga o por el hecho de que para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico, es necesaria una dosis mayor (Tapia *et al.*, 2016).



Dependencia: “La definición internacional de drogadicción, postulada por el comité de expertos convocada por OMS, define la dependencia a las drogas como un “estado psíquico y a veces también físico” que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia, caracterizada por la modificación de la conducta y otras reacciones, que siempre comprende un impulso que lleva a tomar la sustancia de modo continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar de su privación” (Tapia *et al.*, 2016).

Sobredosis: se presenta cuando al organismo se le ministra cierta cantidad y calidad de sustancia no resistida por el organismo que la ingiere (Tapia *et al.*, 2016).

Síndrome de abstinencia: la OMS lo define como el conjunto de signos y síntomas, físicos y psicológicos, que pueden aparecer como consecuencia de la supresión del consumo de una droga que produzca dependencia. La severidad es mayor proporcionalmente a la rapidez en que se genera la dependencia física al fármaco.

Síndrome de intoxicación: según Tapia *et al.*, (2016) refiere que son el conjunto de manifestaciones clínicas (síntomas y signos) que definen un estado mórbido, producido por una o varias sustancias. La intoxicación alude al estado, agudo o crónico, que resulta del uso reciente de una o varias drogas que producen alteraciones físicas y psicológicas, asociadas con su concentración sanguínea. La severidad depende de la dosis y de condiciones como pureza de la sustancia, vía de administración y uso simultáneo de otras drogas.



3.7. Tipos de intoxicación.

Según (Gutiérrez, Arroyave, Gallego, Téllez, Rodríguez. Aristizabal, Mesa, Cárdenas, Ayerbe y Gómez, 2008), refiere que los diferentes tipos de intoxicación se clasificarán de acuerdo con cuatro parámetros:

1. La cantidad o dosis del tóxico.
2. El lapso transcurrido entre la exposición al tóxico y el inicio del tratamiento.
3. El grado de alteración del estado general.
4. El grado de alteración del estado de conciencia.

De acuerdo con estos parámetros se clasifican de la siguiente manera.

- **Intoxicación aguda:** se manifiesta porque la sintomatología aparece generalmente dentro de las primeras 48 horas después del contacto con el tóxico. Este tipo de intoxicación es de tipo accidental o por intento de suicidio. Se caracteriza por ser una cantidad grande.
- **Intoxicación aguda leve:** la cantidad ingerida es baja, se va a considerar como una dosis subletal. Se caracteriza por no presentar alteraciones del estado general o es muy leve y no se presenta alguna alteración del estado de conciencia. El manejo de esta intoxicación es por medidas generales, se observa durante 6 horas; además que no requiere una hospitalización posterior.
- **Intoxicación aguda moderada:** presenta alteraciones del estado clínico general; el manejo es por medidas generales y con un tratamiento específico. Se mantendrá bajo observación por más de 6 horas al paciente, si se amerita se tendrá que hospitalizar.
- **Intoxicación aguda severa:** la cantidad del tóxico es alta pudiendo ser letal. Hay un serio compromiso del estado general del paciente, así como del estado de conciencia. Teniendo como manifestaciones clínicas: excitación, delirio, estupor y coma. En este tipo de intoxicación se habla de una hospitalización.



- **Intoxicación subaguda:** las manifestaciones clínicas se harán presentes en un tiempo de 30 a 120 días.
- **Intoxicación crónica:** la dosis del tóxico es pequeña pero continuada y con efecto acumulativo. Sus manifestaciones clínicas aparecen después de 3 a 6 meses e incluso después de años.

3.8. Manejo de una intoxicación en urgencias.

Según el Centro Nacional Excelencia Tecnología Salud (CENETEC) del 2014 refiere que el manejo de las intoxicaciones se dividirá en 3 fases:

1. **Emergencia o apoyo vital básico:** durante esta etapa se proporciona al paciente una atención inmediata; lo primero que se realiza es retirar al paciente de la fuente de exposición y a continuación se inicia con la descontaminación, para después seguir con las maniobras de reanimación básicas.
2. **Apoyo vital avanzado:** aquí la atención que se brinde será en el servicio de urgencias, se buscará perpetuar la vida del paciente.
3. **Descontaminación y desintoxicación:** una vez que el paciente se encuentra estable, se procede a la descontaminación efectiva, aquí se da la administración de los antídotos y antagonistas, según sea el caso de la sustancia ingerida y la eliminación del toxico.

Nosotros nos enfocaremos únicamente en el soporte vital avanzado, que se lleva a cabo en el servicio de urgencias. La atención que se les da a los pacientes intoxicados por abuso de drogas debe de iniciar con una valoración rápida y sistemática, en donde se reconocerá al paciente en situación crítica (Sánchez y Canals, 2018).

Se aplicará el sistema ABCD, para continuar después con el tratamiento específico de la sustancia ingerida. La atención irá enfocada en el paciente y no al tóxico (Azkunaga & Mintegi, s.f.). Según Sánchez y Canals (2018), se debe tratar aquello que suponga un riesgo para la persona intoxicada antes de continuar con el siguiente paso de la valoración y se tendrá que valorar el efecto de cada tratamiento administrado.

Manejo inicial en urgencias.

Se lleva a cabo el sistema ABCD, el cual consiste en la valoración de:

- A. Vía aérea
- B. Ventilación.
- C. Circulación.
- D. Déficit neurológico.

Según el CENETEC (2014), dice que con este sistema se pretende realizar una valoración, en la cual la persona intoxicada cuente con una vía aérea, posteriormente se monitorean sus constantes viales como: frecuencia respiratoria, cardíaca, tensión arterial, pulso, saturación de oxígeno y por último se deberá de valorar el estado de conciencia (Gutiérrez *et al.*, 2008; Azkunaga & Mintegi, s.f.).

Valoración inicial, sistema ABCD.

A. Vía aérea.

Durante esta etapa se debe de mantener permeable la vía aérea del paciente, esto con la finalidad de evitar una broncoaspiración y que éste libre la vía aérea. Por ello es importante que se cerciure de que no exista presencia de secreciones, saliva, restos de vómito o incluso que la lengua no esté obstruyendo la vía, ya que ésta es una de las causas más comunes (Nogué, 2004).



Figura 28 .Vía aérea.

Para evitar que exista una broncoaspiración o que la garganta se obstruya por la lengua, se deberá de dar posicionamiento (posición de seguridad), evaluar la capacidad para proteger la vía aérea por medio del reflejo nauseoso o mediante la tos, si es necesario se realizará la aspiración de

secreciones, la colocación de una cánula de Guedel y si es necesario se realizará la intubación del paciente (Nogué, 2004; Gutiérrez *et al.*, 2008).

En el caso de intoxicación por opioides se administrará naloxona y en una intoxicación por benzodiazepinas se administra flumazenil, esto con el propósito de evitar la intubación endotraqueal (Gutiérrez *et al.*, 2008).

B. Respiración.

Durante esta fase se lleva a cabo la auscultación y se valoran los movimientos torácicos, se escucha la respiración y el flujo de aire. Cuando el paciente no respira se practica la respiración artificial por medio de la bolsa mascarilla. El paciente intoxicado puede presentar respiraciones lentas y superficiales, las cuales pueden estar asociadas a una depresión del estímulo respiratorio que puede presentarse con polipnea asociada con cianosis que indica insuficiencia respiratoria (Gutiérrez *et al.*, 2008).



Figura 29 .Respiración.

La hipoventilación es la causa más frecuente de la depresión del centro respiratorio, esto es debido al efecto de los hipnosedantes, como en el caso del alcohol etílico, opiáceos y disolventes clorados. Otra de las causas de la hipoventilación son las convulsiones y la obstrucción de la vía aérea. El tratamiento que se debe aplicar es la intubación con ventilador o con la respiración asistida por medio del AMBU (Nogué, 2004).

C. Circulación.

Se verifica el pulso, si se detecta un pulso débil o presenta ausencia de palpaciones se debe realizar monitoreo electrocardiográfico para identificar el ritmo y frecuencia con la finalidad de verificar que no presente ninguna alteración como una fibrilación ventricular, taquicardia ventricular o actividad eléctrica sin pulso y asistolia (Gutiérrez *et al.*, 2008).



Figura 30 .Electro.

Se evalúa la tensión arterial, se instala posteriormente un acceso venoso central y se realiza la toma de muestras de sangre para la elaboración de laboratorios toxicológicos; así mismo se inicia con la administración de líquidos endovenosos. Se solicita un uroanálisis en el caso de sospecha de sustancias tóxicas que sean eliminados por esta vía. En el caso de pacientes hipotensos o que presenten alteración del nivel de conciencia se debe colocar sonda vesical (Gutiérrez *et al.*, 2008).

D. Déficit neurológico.

Se debe valorar el estado de conciencia del paciente, verificar si hay respuesta al llamado, presencia de dolor a los estímulos y si se encuentra inconsciente. “Siempre se deben de considerar y descartar otras causas orgánicas y en caso de trauma solicitar TAC cerebral” [...] (Gutiérrez *et al.*, 2008).

Determinar los niveles de glicemia, en dado caso de que no se pueda descartar una hipoglucemia por medio de una glucometría, se recomienda administrar 25 gr de dextrosa IV (50 ml de dextrosa al 50%). Tener en cuenta el uso en conjunto de tiamina 100mg IM o IV para prevenir el Síndrome de Wernicke en paciente con deficiencia de tiamina relacionada con una intoxicación por etanol.

Como se había comentado anteriormente se usará naloxona cuando el paciente presente pupilas puntiformes (miosis), depresión respiratoria y del sistema nervioso central. Si el paciente consumió otras sustancias al revertir el efecto se presentará hipertensión, agitación y psicosis. La dosis será de naloxona 0.4mg IV o IM inicialmente y se repetirá hasta un máximo de 10mg (Gutiérrez *et al.*, 2008).



Figura 31 .Escala de Glasgow.



Después de haber realizado la valoración inicial, se continúa con la elaboración de una evaluación diagnóstica general. Se debe realizar una anamnesis en donde se recabará toda la información necesaria, acerca de la sustancia ingerida, esta deberá ser aplicada algún familiar del paciente o a él mismo siempre y cuando esté en condiciones de hacerlo. Cabe señalar que la implementación de esta puede ser en conjunto con la aplicación del sistema ABCD (Bennett & Grande 2011).

Anamnesis.

Algunas de las preguntas son:

- ¿Qué sustancias consumió? Nombre o envase en el caso de medicamentos.
- ¿A qué hora se consumió la sustancia?
- ¿Cuál fue la vía de administración?
- ¿Qué cantidad consumió? Se debe de valorar restos del producto en la ropa, sobre todo si es un menor de edad.
- ¿Vómitos posteriores al consumo?
- Indagar sobre antecedentes patológicos, médicos patológicos, quirúrgicos, traumatismos, tóxicos, farmacológicos y ginecológicos.

Exploración física.

- Piel: coloración, sudoración excesiva y marcas cutáneas de venopunción.
- Cavidad bucal: indicios de causticación en mucosas y aliento (olor a tierra, cocaína).
- Auscultación cardiorrespiratoria: detectar presencia de arritmias y signos de edema pulmonar.
- Exploración abdominal. Descartar abdomen agudo.
- Exploración de extremidades. Presencia de edema muscular por síndrome compartimental secundario a Rabdomiolisis.



Exploraciones complementarias.

Las pruebas realizadas serán con el propósito de detectar, confirmar y para proporcionar el tratamiento adecuado. Algunas de las pruebas que se llevarán a cabo (Cuesta, 2014; Sánchez y Canals, 2018).

- Pruebas sanguíneas: hemograma, bioquímica (glucosa, electrolitos, perfil hepático, proteínas totales, bilirrubina), coagulación.
- Gasometría arterial.
- Análisis toxicológicos.
- Orina con sedimento.
- Electrocardiograma.
- Radiografía de tórax.
- Radiografía de abdomen.

Tratamiento general para disminuir la absorción.

Las diferentes sustancias pueden absorberse por distintas vías como: la digestiva, cutánea, nasal, parenteral y pulmonar. Por ello se realizarán diferentes acciones para disminuir su absorción (Nogué, 2004).

Absorción digestiva.

- **Emesis forzada:** para que se pueda llevar a cabo, deben de haber transcurrido menos de 3 horas, se emplea fundamentalmente en niños y se debe de tomar el jarabe de ipecacuana. Está contraindicada en mujeres embarazadas, en presencia de coma, convulsiones o en la disminución del reflejo faríngeo y en la ingesta de sustancias depresoras del SNC (Cuesta, 2014; Sánchez y Canals, 2018).
- **Lavado gástrico:** es útil entre la primera y segunda hora tras la ingesta, aunque si la sustancia tiene actividad anticolinérgica (retrasa el vaciado gástrico) se considerará pasadas dos horas. Esta se realizará en posición trendelenburg y en decúbito lateral izquierdo. En los pacientes inconscientes se llevará a cabo si está intubado (Sánchez y Canals, 2018).



-
- **Administración de carbón activado:** es una de las descontaminaciones más recomendadas ya que funciona como un efecto adsorbente. Será útil tras la primera o segunda hora de la ingestión de la sustancia. Se administrará una dosis única de 50-100gr o 1gr/kg disueltos en 250-300ml de agua. El carbón activado no es útil tras la ingesta de alcoholes, cianuro, ácidos y derivados del petróleo (Gutiérrez *et al.*, 2008; Sánchez y Canals, 2018).
 - **Irrigación intestinal:** será indicada en el consumo de sustancias tóxicas de liberación sostenida y en las personas que transportan sustancias ilegales en el tracto gastrointestinal llamadas (mulas). Está contraindicada en perforación, pacientes con inestabilidad (Sánchez y Canals, 2018).
 - **Hemodinámica y con compromiso de la vía aérea.** Su aplicación consiste en la administración enteral de una solución osmótica balanceada de electrolitos y puede ser administrada por una sonda o que el paciente la beba. La dosis para adolescente y adultos es de 1 a 2 lt/hr. Se valorará hasta que el efluente rectal sea claro (Gutiérrez *et al.*, 2008).

Según Nogué (2004), la absorción respiratoria se detiene cuando el paciente deja de consumir la sustancia, no requiere una intervención específica, no da tiempo de actuar ya que la absorción es inmediata por el torrente sanguíneo.



Tratamiento específico de las drogas

Sustancia.	Alcohol
Sx. Intoxicación.	<p>En la intoxicación aguda presentan alteraciones en el nivel de conciencia, cognición, percepción, afectivas, comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. CIE-10 Algunos de estos síntomas se presentan durante o al poco tiempo de su consumo: lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, deterioro de la atención, memoria y estupor o coma. Cambios psicológicos como: comportamientos sexuales inapropiados, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y de la actividad laboral o social.</p>
Dosis tóxica.	<p>Dosis letal o alcoholemia es de 350-400 mg%. En adultos es de 5-6g/kg y en niños 3g/kg.</p>
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• No existe un antídoto específico• El tratamiento de sostén e intentar proteger al paciente de traumatismos secundarios.• Vigilancia estrecha ante posibles complicaciones como vómito y trastornos respiratorios.• Se realiza dextrostix y se ministra perfusión de glucosa si presentara hipoglucemia.• Monitorizar al paciente, vigilar vía área y hemodinamia.• Fluidoterapia. Los pacientes intoxicados por etanol presentan diuresis y vómitos debido a una depleción del volumen.• Si hay presencia de agitación psicomotriz se usa haloperidol a dosis de 5 a 10 mg IM o IV.• De los medicamentos que se utilizan para la disminuir la intensidad de los efectos y sudoración, son: cafeína, nolaxona, flumacenil.

Tabla 10 intoxicación por alcohol



Sustancia	Cocaína
Sx. Intoxicación	<p>Cambios conductuales o psicológicos: euforia o afectividad embotada, aumento de la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o cólera, comportamientos estereotipados, deterioro de la capacidad de juicio y de la capacidad social. (CIE-10)</p> <p>Manifestaciones clínicas: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, la tensión arterial puede aumentar o disminuir, sudoración o escalofríos, náuseas, vomito, pérdida de peso demostrable, agitación, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho, confusión, coma y muerte súbita. (CIE-10)</p>
Dosis tóxica	<p>No hay una dosis establecida a la que se le considere como toxica, ya que va a variar la vía de administración, la tolerancia en cada individuo y si se ha utilizado con otras sustancias. Las dosis que se administran por vía oral o de forma inhalada van a producir efectos menores a comparación si se inyecta (Téllez, 2008).</p>
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales, así como de la vía aérea, se realiza un ECG.• Instalar vía venosa periférica, control de diuresis.• Para tratar la agitación se debe procurar mantener al paciente en un lugar en donde haya poca luz, ruido y pocos estímulos físicos. También se pueden administrar benzodiacepinas, midazolam por vía intravenosa a dosis de 0, 1mg/kg.• En caso de presentar convulsiones se administra diazepam 0.1 a 0.2mg/kg IV lento y diluido o midazolam a dosis inicial de 0,1mg/kg IV. En hipotermia se aplican medidas físicas para su manejo.• Hipertensión se administran benzodiacepina, nitroprusiato 0.5 a 10 mcg/kg/minuto o nitroglicerina 10 mcg/minuto. En hipertensión grave se aplicará labetalol en dosis inicial de 20 mcg cada 5 minutos IV hasta el control de la tensión arterial.• Cuando la cocaína se introduce en el organismo del paciente en forma de <i>body packers</i> y hay sintomatología de obstrucción o perforación gastrointestinal está indicada la intervención quirúrgica inmediata (laparotomía). Está contraindicado el lavado gástrico.
Laboratorios	<p>Tomografía Axial Computarizada (TAC) para descartar hemorragia cerebral, RX de abdomen (visualizar paquetes de cocaína), ECG, cocaína y/o metabolitos en orina (pruebas cualitativas y cuantitativas)</p>

Tabla 11 Intoxicación por Cocaína



Sustancia.	Opiáceos
Sx. Intoxicación.	<p>La intoxicación por opiáceos tiene una tríada específica: miosis (pupilas puntiformes), depresión respiratoria y coma. Cuando se consumen otras sustancias en forma conjunta con los opiáceos se aprecia midriasis en las pupilas.</p> <p>Cambios psicológicos: euforia inicial seguida de apatía, disfonía, agitación, inhibición psicomotoras y alteración de la capacidad de juicio o deterioro social. (DSM IV).</p>
Dosis toxica.	<p>La dosis letal en adultos no adictos es de 200mg para morfina y 1 gr en el caso de dextropropoxifeno. En el caso de los niños esta dosis puede ser 100 veces menor y en las personas adictas puede llegar a ser 20 veces mayor.</p>
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Mantener segura la vía aérea, monitorización cardíaca• Administrar naloxona.• Administrar oxígeno a través de una mascarilla tipo Venturi al 50% o a través de una mascarilla reservorio. Si no hay presencia de depresión del SNC no será necesario colocar la intubación orotraqueal.• Colocar una vía intravenosa periférica e iniciar con suero terapia.• Si se consumió la droga, se realizará un lavado gástrico, incluso si la ingestión tiene más de 6 horas, ya que los opiáceos retrasan el vaciado gástrico.• Si hay pérdida de conciencia, intubar al paciente antes de realizar el lavado.• Está indicada la administración de carbón activado una vez que se aplique la naloxona.• El tratamiento específico es la administración de naloxona IV. Si la persona no presenta depresión respiratoria se inicia con 0.01mg/kg, la dosis inicial se puede repetir cuantas veces sea necesaria para mantener la función respiratoria y el nivel de conciencia adecuado.
Laboratorios.	<p>Cromatografía de líquidos con espectrofotometría de masas (HPLC/MS) y pruebas en orina (Urine Drugs Testing-UDT) ésta prueba tiene una exactitud específica de 83%.</p>

Tabla 12 Intoxicación por Opiáceos



Sustancia.	Marihuana (Cannabis)
SX. Intoxicación.	<p>Las manifestaciones clínicas: deshidratación, conjuntivas enrojecidas, taquicardia, ansiedad, hipotensión, vértigo, pulso elevado e hipersensibilidad a la luz. (Tapia, 2013, Bohorquez y Buitrago, 2017).</p> <p>Síntomas psicológicos: euforia, desinhibición, ansiedad, agitación, suspicacia, paranoia, sensación de enlentecimiento temporal, alteración del juicio, deterioro de la atención, ilusiones auditivas, visuales y táctiles. CIE-10 (OMS, 1993).</p>
Dosis toxica.	<p>No se tiene establecida una dosis toxica ya que existe una variabilidad individual y dependerá el grado de tolerancia de la persona.</p>
Tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Se inician con medidas de emergencia y soporte.• Una de las acciones que se realizan es tranquilizar al paciente intoxicado, deberá de estar en un lugar aislado para que se logre tranquilizar.• Se tendrá que recabar la información necesaria del intoxicado como de sus acompañantes, para descartar una intoxicación conjunta.• Si el paciente presenta un cuadro de psicosis los fármacos de elección serán benzodicepinas como Lorazepam, diazepam o midazolam.• Si hay presencia de hipotensión ortostática se administra líquidos vía endovenosa y se coloca al paciente en posición de trendelemburg.• Si la administración de la droga fue por vía oral, se realiza lavado gástrico con carbón activado, en el caso de niños se induce el vómito si la exposición ocurrió hace pocos minutos.• Se realiza prueba de cannabinoides en orina.
Laboratorios	<p>Canabinoides en orina, ECG, cuadro hemático con conteo de plaquetas, pruebas de función renal, electrolitos y glucosa.</p>

Tabla 13 Intoxicación por Marihuana



Sustancia.	Anfetaminas
Sx. Intoxicación	<p>Manifestaciones clínicas: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, tensión arterial aumentada o disminuida, sudoración, escalofríos, vomito, náuseas, pérdida de peso, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas, confusión, distonías y pueden caer en coma. (DSM IV).</p> <p>Cambios psicológicos o de comportamiento: euforia o embotamiento afectivo, cambios de la sociabilidad, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o cólera y comportamiento estereotipado. (DSM IV)</p>
Dosis toxica.	No se tiene establecida una dosis.
Tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar monitoreo de signos vitales. • Lavado gástrico si el consumo fue una hora previa al momento de la atención. Si el paciente requiere ser intubado se deberá de realizar antes de iniciar con el lavado gástrico. Carbón activado 1g/kg en una dilución al 25% por sonda nasogástrica. • Suministrar catártico salino: sulfato de magnesio 250mg/kg, hasta un máximo total de 30gr, en solución al 25% como alternativa puede usar manitol al 20% 1gr/kg VO (5cc/kg). • En presencia de convulsiones, administrar diazepam 5mg IV. Si el paciente no responde se repetirá la dosis. En el caso de los niños se aplicará 0.1mg/IV a 0.3mg/kg. También se puede aplicar lorazepam en adultos con una dosis de 4 a 8 mg y en niños de 0.05 a 0.1mg/kg. • No se recomienda el uso de fenotiazinas en caso de agitación ya que tiene efecto anticolinérgico, lo que dará como resultado un aumento de la actividad simpática, así como una alteración de la disipación del calor, exageran las reacciones distónicas y disminuyen el umbral de convulsiones. • Si presenta hipertensión sistólica o diastólica se administra nitropusiato de sodio a dosis de 10 mg/kg/min IV. • Hipotensión iniciar con líquidos intravenosos isotónicos, dar posición en trendelemburg. Si persiste la hipotensión administrar dopamina 2mg/kg/minuto o noradrenalina 0.1-0.2 mg/kg/minuto.
Laboratorio	Hemoleucograma, plaquetas (pueden estar disminuidas, glucemia, función hepática y renal, pH, ionograma, ECG en caso de arritmias, CPK, TP, TPT, TAC (compromiso orgánico).

Tabla 14 .Intoxicación por Anfetamina



Sustancia.	Benzodiacepinas
SX. Intoxicación.	La sintomatología se presenta a los 30 0 120 minutos de la ingestión dependiendo del compuesto que se consumió. Manifestaciones clínicas: somnolencia, ataxia, disartria, sedación, las pupilas se pueden observar intermedias o pequeñas, hipotermia y puede presentarse coma. Algunos efectos paradójicos que se pueden llegar a presentar son agresión, excitación, psicosis o un deterioro neurológico severo (Arroyave <i>et al.</i> , 2008).
Dosis toxica.	Las benzodiacepinas presentan un rango alto de toxicidad. “Se han reportado ingestiones de diazepam de 15 – 20 veces la dosis terapéutica.” (Arroyave <i>et al.</i> , 2008). “
Tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Monitoreo de signos vitales• Si el paciente intoxicado está en coma, se debe de colocar en posición semi decúbito lateral izquierdo con el propósito de prevenir una broncoaspiración. Si hay depresión respiratoria se procederá a la intubación y ventilación mecánica para evitar la administración de analépticos y de aminofilina.• En el caso de que se presenten complicaciones respiratorias se dará el tratamiento necesario.• La hipotensión se corregirá con la aplicación de expansores de plasma, iniciando con solución salina.• Se administran fármacos vasoactivos si hay un aumento de la presión venosa central, signos de edema pulmonar, o existan complicaciones respiratorias mayores.• Para disminuir la absorción del fármaco se deberá de practicar un vaciado gástrico si es que el paciente se encuentra en coma y el intervalo de tiempo no ha pasado de tres a cuatro horas de la ingesta o si se desconoce el tiempo que transcurrió en la ingestión.• posteriormente se administra una dosis de 50g de carbón activado disuelto en 250 ml de agua. En el caso que el paciente se encuentre en coma se darán tres dosis adicionales de 30g de carbón disueltos en 150 ml de agua a un intervalo de tres horas. La primera y tercera dosis suplementaria se mezcla con 30g de sulfato de sodio para prevenir la constipación producida por el carbón activado.
Laboratorios.	Gases arteriales, glicemia y pruebas sanguíneas.

Tabla 15 .Intoxicación por Benzodiacepinas



Sustancia.	Barbitúricos
Sx	Manifestaciones clínicas: somnolencia, disartria, marcha inestable, nistagmus, depresión del estado de conciencia, hiporreflexia, disminución de la frecuencia cardíaca, hipotermia, colapso cardiorrespiratorio y estado de coma.
Intoxicación.	
Dosis toxica.	La dosis toxica del fenobarbital es de 8mg/hg.
Tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia con el ABCD. • Para impedir la absorción de esta sustancia se debe realizar lavado gástrico en el paciente intoxicado y usar carbón activado. • Aumentar la eliminación de la sustancia toxica.
Laboratorios.	Biometría Hemática, Urea, Creatinina, Glicemia, Mioglobina en orina.

Tabla 16 .Intoxicación por Barbitúricos

Sustancia.	Alucinógenos
Sx.	Manifestaciones clínicas: pupilas dilatadas (midriasis), taquicardia, sudoración, palpitaciones, visión borrosa, temblores y presentan inordinación. (DMS IV)
Intoxicación.	Los cambios que presentan son perceptivos que tienen lugar en un estado de alerta como despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones y sinestesias que aparecerán poco tiempo después de su consumo. (DMS IV)
Dosis toxica.	No se tiene establecida una dosis toxica en específico, va a depender de cada individuo
Tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • No hay un antídoto para alucinógenos, la atención que se brinda es enfocada a la sintomatología. • Se realiza alguna técnica de descontaminación, salvo que la ingesta haya sido precoz o que se consumieran más sustancias. • Si se presenta agitación se administrará diazepam con una dosis de 5-10mg vía oral o clordiazepoxido 50-100 mg IM y/o Haloperidol 5-20 mg IV, IM y VO. • Los neurolépticos están contraindicados, porque pueden aumentar los efectos secundarios
Laboratorios.	Rx tórax, ECG, Hemograma, Bioquímica con electrolitos, CK, sedimento urinario, mioglobinuria y análisis de otros tóxicos

Tabla 17 .Intoxicación por Alucinógenos



Sustancia.

Inhalantes

**Sx
Intoxicación.**

El efecto por intoxicación es similar a la una borrachera, presentan: desinhibición, sensación de ligereza, euforia y agitación, cuando se incrementa la dosis se puede observar ataxia, disminución de los reflejos, mareo y desorientación.

En una intoxicación severa se presenta debilidad muscular, alteraciones del lenguaje, nistagmus, delirio y ocasionalmente alucinaciones con conductas francamente alteradas. Después de unas horas la persona intoxicada puede tener dolor de cabeza, letargo, incoordinación muscular y desorientación.

Dosis toxica.

La dosis de penderá de las características de la persona y el tipo de sustancia que se consumió.

Tratamiento.

- No existen antídotos específicos para esta intoxicación, el tratamiento ira enfocado en tratar las complicaciones.
- Las complicaciones: convulsiones, arritmias, lesión hepática aguda, insuficiencia renal y broncoaspiración.
- Si se presenta un cuadro de agitación psicomotriz se debe de utilizar benzodicepinas como diazepam o midazolam. La dosis de inicio es de 0,05-0.1 mg/kg vía intravenosa, se repartirá hasta obtener los efectos deseados.
- La intoxicación por CO endógeno debe de ser tratada precozmente y se deben de evitar los fármacos que provocan un incremento de la hipotensión arterial y la depresión respiratoria, como los neurolépticos.
- Tener en consideración que la hipotensión arterial se debe tratar con aporte de volumen, pero nunca con amins simpaticomiméticas que pueden desencadenar y potenciar las arritmias ventriculares malignas propiciadas por los mismos inhalantes volátiles.
- Si se ingirieron sustancias con nitritos, se tiene que considerar la utilización del azul de metileno como un antídoto.

Laboratorios.

Exploración física. (Se identifica el olor, aliento, manchas de pintura, náuseas, etc.)

Tabla 18 .Intoxicación por Inhalantes



3.9. Las drogas y la mujer embarazada.

En un estudio realizado según la OMS, se encontró que el 86% de mujeres embarazadas consumía algún tipo de medicamento. Cifras demuestran que el porcentaje de fármacos consumidos fue de 2.9% durante la gestación.

“La marihuana es la droga más común consumida por el 14% de las mujeres embarazadas; el 2% consumen cocaína, el 0.5% opiáceos. El consumo de drogas pesadas durante el embarazo está relacionado con muchos otros factores de riesgo, entre ellos, la pobreza, una enfermedad mental y actividades ilegales” (Tapia, *et al.*, 2016).

A nivel internacional se mostró que 2-3 % de los recién nacidos tiene alguna anomalía congénita, de los cuales el 2-5% se atribuyen al uso de medicamentos durante el embarazo (Vera, 2015).

En la etapa del embarazo las mujeres experimentan diferentes cambios fisiológicos, alguno de ellos es: el aumento del volumen plasmático, disminución de la unión a las proteínas y el filtrado glomerular; por lo cual esta serie de cambios influyen en la farmacocinética de los fármacos o las drogas ingeridas. Estos cambios afectan la forma en la que los medicamentos y/o sustancias actúan dentro de organismo de las mujeres gestantes. Se presentan cambios desde la absorción hasta la eliminación de la sustancia (Vera, 2015).

Los efectos que tendrán las sustancias ingeridas en el feto o neonato, van a depender del trimestre en el que se consumió, ya que estas actúan de diferente manera según la edad gestacional en la que se encuentre la mujer (Vera, 2015).

Absorción. Las sustancias que son ingeridas por vía oral presentan una modificación en la absorción ya que habrá un mayor contacto entre el fármaco y la mucosa gastrointestinal, esto tendrá como resultado un incremento de la absorción sobre todo en aquellas que tienen una forma de disolución menor. Durante la gestación las mujeres tienen una menor producción de CIH, lo que producirá un aumento relativo del pH, haciéndolo más alcalino. Otro de los efectos que se presentan es una disminución del vaciado gástrico (Vera, 2015).



La administración vía inhalada presentará aumento de la absorción, que se verá afectado por el aumento del flujo sanguíneo pulmonar y por el estado de hipoventilación que es provocado por la taquipnea fisiológica (Vera, 2015).

Distribución. Según (Arroyave *et al.*, 2008), dice que las mujeres embarazadas experimentan un aumento importante de agua corporal total, el gasto cardíaco aumenta y las proteínas séricas disminuyen. Existe un incremento de las hormonas esteroideas, así como, de ácidos grasos libres. Implicando un aumento de la fracción libre de sustancias, con una alta unión a proteínas, como en el caso del fenobarbital, fenitoína y diazepam, que en el caso de una sobredosis puede ser fatal. También hay un aumento de las sustancias lipofílicas como es el fentanilo o la marihuana, prolongando su vida media.

Metabolismo. El incremento de la tasa de progesterona en la gestante al ser comparado con un inductor enzimático aumenta la velocidad en otras sustancias, sobre todo en las que tiene un alto índice de metabolismo hepático, conduciendo a una disminución de su semivida y de su acción.

Excreción. Durante la gestación, los cambios que se presentan en la función renal van a coincidir con la cantidad de fármaco excretado. “El aumento de volumen minuto va a conducir a un notable incremento del flujo sanguíneo renal elevando, por consiguiente, el ritmo de filtración glomerular” (Vera, 2015). La consecuencia va a ser un aumento de la cantidad del medicamento excretado por la consiguiente disminución de su concentración plasmática y de la semivida. Esto es importante para las sustancias que presentan un mayor porcentaje de eliminación renal (Vera, 2015).

El manejo que se les da a las mujeres embarazadas en el área de urgencias está enfocado en la preservación de la vida tanto de la madre como la del bebé, en cualquiera de las etapas de desarrollo.

La atención que se brinda es en base al sistema ABCD. Que consiste en contar con una vía aérea permeable, mantener la ventilación, circulación y, por último, la valoración del estado neurológico.



En la segunda etapa se da enfoque, a la sustancia que provocó la intoxicación, se realiza examen físico, pruebas de laboratorio y la aplicación de las medias terapéuticas que consiste en la disminución de la absorción y la administración de algún medicamento específico para la desintoxicación que favorezca la eliminación.

3.10. Consecuencias y efectos en el feto y/o recién nacido por el uso de drogas.

Son múltiples los daños irreversibles asociados con embarazadas que consumen drogas, cada sustancia produce en la madre y en el producto, una serie de cambios que pueden conducir a la muerte de ambos.

Entre los efectos del consumo de drogas en un bebé y un niño, destacan:

- Las mujeres embarazadas sufren problemas médicos
- La tasa de mortalidad del feto es más alta.
- Mayor número de complicaciones neonatales.
- Partos prematuros.
- El bebé nace con bajo peso.
- Más problemas respiratorios.
- Se produce el síndrome de abstinencia neonatal (por el consumo de opiáceos).
- La incidencia del Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es más alta.
- El índice de problemas respiratorios y muerte súbita es más alto entre los bebés de madres drogadictas (8.87 de cada mil nacimientos) que en la población general (1.22 de cada mil nacimientos).
- El riesgo de problemas de desarrollo postnatales (por ejemplo, abandono) es más alto (Tapia, *et al.*, 2016).

La mayoría de las drogas, incluidos los opioides y los estimulantes, tienen la capacidad de causarle daño al bebé por nacer. El consumo de algunas drogas puede aumentar el riesgo de un aborto espontáneo y causar migrañas, convulsiones o presión arterial alta en la madre, lo que puede afectar al feto. Además, el riesgo de que el bebé nazca muerto es de dos a tres veces mayor

en las mujeres que fuman tabaco o marihuana, toman analgésicos recetados o consumen drogas ilegales durante el embarazo (NIDA, 2018)

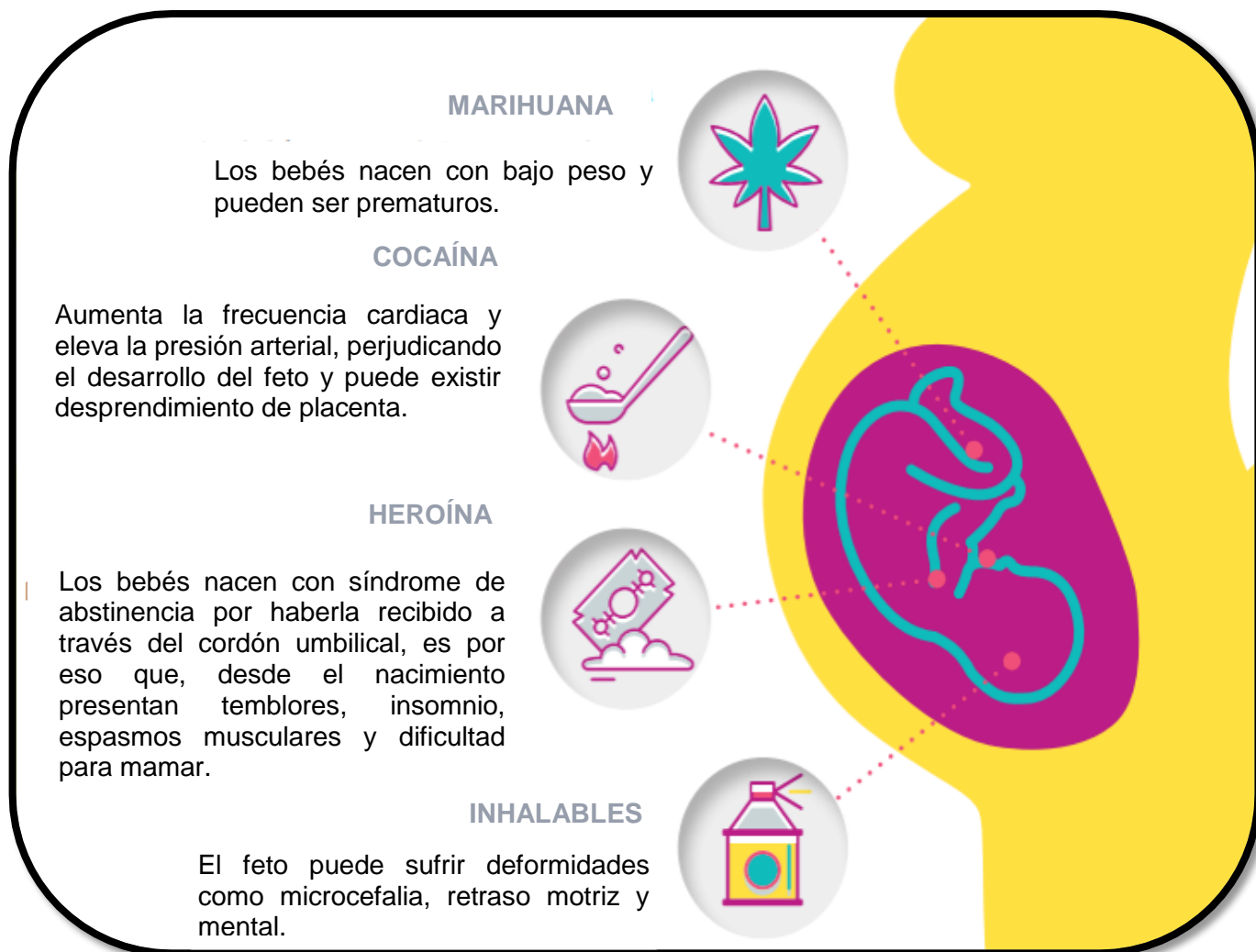


Figura 32 Efectos en el embarazo.



Sustancias de consumo y efectos sobre el feto y recién nacido

Solís, *et al.*, (2001), menciona que el transporte placentario de sustancias, de la madre al feto y viceversa, se establece alrededor de la quinta semana de vida embrionaria. Sin embargo, antes de formarse la placenta, cualquier sustancia puede actuar directamente sobre las células embrionarias o por otra vía sobre los órganos maternos, en este caso alterando su función y afectando de forma indirecta al feto. Casi todas las sustancias de abuso cruzan fácilmente la placenta durante el embarazo, exponiendo al embrión/feto a concentraciones iguales, o incluso superiores, a las que tiene su madre en sangre.

Alcohol: el consumo de alcohol en el embarazo se asocia a un alto porcentaje de abortos y mortinatos, siendo causa reconocida de dismorfogénesis. El llamado Síndrome Alcoholismo Fetal (SAF) conlleva retraso crecimiento prenatal y postnatal, alteraciones del desarrollo psicomotor, alteraciones de la línea media (cardíacas, cerebrales y esqueléticas) y fenotipo facial característico (microcefalia, hendiduras palpebrales pequeñas)

Tabaco: es la sustancia de abuso más frecuente en nuestra sociedad. Aunque no se ha demostrado que se asocie a patología neonatal importante, si se asocia a neonatos de bajo peso para su edad gestacional a través de elevar los niveles de carboxihemoglobina materna y fetal y de cierta acción vasoconstrictora secundaria a la nicotina. El tabaco materno se asocia a mayor riesgo de muerte súbita del lactante.

En el feto puede causar, necrosis de neumocitos tipo I y proliferación de tipo II, obstaculizando la formación de tejido alveolar, disminución del calibre de la vía aérea y malformaciones congénitas, mientras que en el recién nacido puede causar policitemia neonatal, bajo peso y talla al nacer, trastornos en el aprendizaje, insuficiencia respiratoria aguda y síndromes obstructivos.

Cocaína: tanto esnifada como fumada da lugar a efectos deletéreos. En los primeros meses puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, las madres que la consumen suelen presentar desnutrición que afecta al crecimiento fetal,



efectos teratogénicos (defecto reducción extremidades, malformaciones urológicas y digestivas), desprendimiento prematuro de placenta, accidentes cerebrovasculares fetales, alteraciones en el EEG al nacimiento. En el recién nacido puede causar toxicidad del SNC, microcefalia, riesgo de discapacidades como retraso mental, parálisis cerebral, deficiencia visual y auditiva, retraso en las habilidades motrices y bajo peso al nacer.

Marihuana: es la droga más utilizada durante el embarazo, disminuye el periodo de gestación causa bajo peso y talla en el recién nacido, atraviesa la barrera placentaria y puede aumentar la carboxihemoglobina en mayor grado que el tabaco provocando hipoxia fetal, esto causa alteraciones neurológicas en el recién nacido, bajo peso al nacer, problemas en la concentración. El consumo de esta droga pasa a la leche materna alterando su sabor provocando irritabilidad en el recién nacido

En México 39.4 millones de jóvenes de 12 a 29 años se enfrentan a diversas situaciones que ponen en riesgo la salud, entre estas, los embarazos no deseados, así como el consumo de alcohol y drogas (Rodríguez, 2016).

El consumo de drogas durante el embarazo representa un factor de riesgo para la mujer y para el feto. Ciertas drogas son capaces de afectar algunos órganos, sobre todo durante las primeras semanas de gestación, que es la etapa cuando se forma la mayoría de los órganos del bebé.

Cuando una paciente llega intoxicada al servicio de urgencias es importante valorar:

- El estado general de conciencia (Glasgow).
- Control de signos vitales.
- Realizar examen físico segmentario (lesiones, sangrado, síntomas de pérdida o ruptura de membranas).
- Entrevistar a familiares y amigos para averiguar el tipo de droga o drogas que consumió y la cantidad, frecuencia con que las consume, y el tiempo que ha transcurrido desde la última ingesta.
- Preguntar si el embarazo se está controlando en algún centro asistencial.



- Exámenes: alcoholemia, de orina completa, HUGO-P.
- Valorar al feto (hemodinamia) y el control de los signos vitales (Tapia, *et al.*, 2016).

Procedimientos:

- Contención física en caso de agitación.
- Lavado gástrico: se instala una sonda nasogástrica y se instala solución de carbón activado para introducirlo.
- Informar sobre redes de apoyo.
- Informar sobre los efectos y repercusiones por el consumo de las drogas.
- Fomentar la adherencia a grupos de apoyo.
- Educación para la familia consejería y apoyo.

3.11 Intervenciones

El tratamiento para la drogadicción tiene como finalidad ayudar al adicto a dejar la búsqueda y consumo de las drogas

El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo. Puesto que la drogadicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, por lo general no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante.

El tratamiento para la drogadicción puede incluir algunas terapias como terapia de la conducta (individual o de grupo), terapia cognitiva o manejo de contingencias), medicamentos o una combinación de ellos, esto va a variar según las necesidades del individuo.

Según la NIDA (2009) Existe una serie de principios para un tratamiento eficaz:

- La adicción es una enfermedad compleja que se puede tratar y que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.
- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
- El tratamiento debe tener acceso fácil.



-
- El tratamiento eficaz atiende las distintas necesidades de la persona, no solamente su drogadicción.
 - La permanencia en el tratamiento durante un periodo adecuado de tiempo es esencial para su eficacia.
 - La consejería, individual o de grupo y otras terapias conductuales son las modalidades de tratamiento para la drogadicción usadas con más frecuencia.
 - Los medicamentos constituyen un componente importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se ofrecen en conjunto con consejería y otras terapias conductuales.
 - Se debe evaluar frecuentemente el tratamiento y los servicios que recibe cada persona, modificándolos cuando sea necesario para garantizar que se ajusten a cualquier cambio en sus necesidades.
 - Muchos drogadictos también presentan otros trastornos mentales.
 - El manejo médico de la desintoxicación es apenas la primera etapa del tratamiento para la drogadicción y por sí solo hace poco para modificar el abuso de drogas a largo plazo.
 - El tratamiento no necesita ser voluntario para ser eficaz.
 - Se debe mantener una vigilancia continua para detectar posibles recaídas durante el tratamiento.
 - Los programas de tratamiento deben proporcionar una evaluación para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. Asimismo, deben proporcionar consejería para ayudar a las personas a modificar o cambiar aquellos comportamientos que hacen que corran riesgo de contraer o propagar enfermedades infecciosas.

Los medicamentos pueden ayudar a suprimir los síntomas del Síndrome de Abstinencia durante la desintoxicación, pero no es sí un tratamiento, sino parte del proceso, estos pueden usarse para restablecer el funcionamiento normal del cerebro.

Sustancias opioides: la metadona, la buprenorfina y, para ciertas personas, la naltrexona, son medicamentos eficaces para el tratamiento de la adicción a los



opiáceos. La metadona y la buprenorfina actúan sobre los mismos lugares del cerebro que la heroína y la morfina, por lo que reducen los síntomas del síndrome de abstinencia y alivian el deseo vehemente por la droga. La naltrexona bloquea los efectos de la heroína u otras sustancias opioides en sus receptores y solamente debe usarse en pacientes que ya se han desintoxicado.

Tabaco: ahora existen numerosas formulaciones de terapia de reemplazo de la nicotina que se pueden obtener sin receta médica, entre las que se encuentran los parches, el spray, el chicle o goma de mascar y las pastillas para chupar. Además, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado dos medicamentos de prescripción para tratar la adicción al tabaco: el bupropión y la vareniclina. Tienen distintos mecanismos de acción en el cerebro, pero ambos ayudan a prevenir las recaídas en las personas que buscan dejar el tabaquismo. Se recomienda combinar cada uno de estos medicamentos con tratamientos conductuales, entre ellos las terapias individuales y de grupo

Alcohol: Existen tres medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de la dependencia del alcohol: naltrexona, acamprosato y disulfiram. Existe un cuarto medicamento, el topiramato, que está arrojando resultados alentadores (NIDA, 2009).

Los tratamientos conductuales ayudan a que los pacientes se comprometan con el proceso de tratamiento, logren modificar actitudes y comportamientos relacionados con el abuso de las drogas y aumenten sus destrezas para llevar una vida más saludable. La terapia cognitiva-conductual ayuda a los pacientes a reconocer, evitar y enfrentar las situaciones en las que haya mayor probabilidad al consumo de las drogas.



4. EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS Y LAS HERRAMIENTAS DE INMERSIÓN

4.1 Antecedentes Aprendizaje basado en problemas.

El método del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) tiene sus primeras aplicaciones y desarrollo en la escuela de medicina en la Universidad de Case Western Reserve en los Estados Unidos y en la Universidad de McMaster en Canadá en la década de los 60's. Esta metodología se desarrolló con el objetivo de mejorar la calidad de la educación médica cambiando la orientación de un currículum que se basaba en una colección de temas y exposiciones del maestro, a uno más integrado y organizado en problemas de la vida real y donde confluyen las diferentes áreas del conocimiento que se ponen en juego para dar solución al problema. El ABP en la actualidad es utilizado en la educación superior en muy diversas áreas del conocimiento (Guevara, 2010).

Las instituciones de educación superior, como formadoras de recursos humanos para la salud, deben reflexionar acerca de las tradiciones didácticas centradas en el profesor y su autoridad, donde el estudiante escucha, acata, toma nota y devuelve la prueba (Tapia, 2019)

La educación tradicional desde los primeros años de estudios hasta el nivel de posgrado ha formado estudiantes que comúnmente se encuentran poco motivados en la forma de aprender, se memoriza una gran cantidad de información la cual se vuelve irrelevante y mucho de lo aprendido se olvida y gran parte de lo que se recuerda no puede ser aplicado a los problemas que se presentan en el momento de afrontar la realidad donde tienen dificultad para razonar de manera eficaz y al egresar de la escuela presentan dificultades para asumir las responsabilidades correspondientes a su deber profesional (Verde, Cañas, López, 2013).

Ante lo anterior, que aún es vigente en buena medida, el proceso de aprendizaje convencional se invierte al trabajar en el ABP. Mientras tradicionalmente primero se expone la información y posteriormente se busca su aplicación en la resolución de un problema, en el caso del ABP primero se presenta el problema,



se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria y finalmente se regresa al problema.

“Bajo esta perspectiva nació una nueva orientación de la educación médica en la que la enseñanza debe estar centrada en el estudiante., basarse en la solución de problemas; ser integrado (no solo asignaturas o disciplinas); orientarse a la comunidad; respaldarse en cursos optativos, de carácter sistemático y multidisciplinario” [...] (Martínez, Gutiérrez y Piña, 2007)

“Entre las metodologías docentes emergentes, es preciso mencionar el aprendizaje basado en la presentación de casos, uso de nuevas tecnologías y modelos simulados para aprendizaje de habilidades clínicas; de ellos, la más importante, la que encabeza la lista, es el ABP” (Martínez, Gutiérrez y Piña, 2007).

4.2 Teorías del Aprendizaje y el ABP

Para la comprensión de la metodología del ABP es necesario que profundicemos en las raíces que se retoman en la mayéutica socrática, así como, en la teoría educativa progresista de John Dewey; percibió que al presentar los contenidos temáticos en forma de problemas significativos es una forma de implicar a los alumnos en la construcción del conocimiento (Martínez, Gutiérrez y Piña, 2007).

John Dewey “postuló que el aprendizaje debería situarse en el contexto de la comunidad; es decir, que la escuela forma a los estudiantes para la vida y no simplemente para el trabajo” (Martínez, Gutiérrez y Piña, 2007).

Las teorías del aprendizaje se basan en las siguientes corrientes:

Conductismo: este paradigma se basa en los cambios observables en la conducta del sujeto. Estudia la repetición de patrones de conducta hasta que estos se realizan de manera automática. Según los conductistas para que los estudiantes aprendan basta con presentar la información y llevar a cabo un reforzamiento positivo evitando en la medida de lo posible el castigo. Esta concepción dominó gran parte del Siglo XX.



Cognoscitivismo: el principal protagonista del cognoscitivismo fue Jean Piaget el cual decía que los psicólogos y educadores se orientan hacia procesos cognitivos más complejos como el pensamiento, la solución de problemas, el lenguaje, la formación de conceptos y el procesamiento de información. El aprendizaje ocurre de manera repentina. Se centra en la introspección la cual consiste cuando un sujeto percibe una situación problemática, la analiza, organiza hasta que encuentra la solución adecuada.

Teorías humanistas: las características principales se encuentran en la subjetividad: el papel activo del sujeto en su aprendizaje creativo, significativo, así como las diferencias individuales, la concepción de un aprendizaje dinámico, flexible con momentos de iluminación, audacia, consolidación, precaución y comprobación.

Minnaard & Minnaard (2013), refieren que El ABP se sustenta en diferentes corrientes teóricas sobre el aprendizaje humano, tiene particular presencia la teoría constructivista, de acuerdo con esta postura en el ABP se siguen tres principios básicos:

- El entendimiento con respecto a una situación de la realidad surge de las interacciones con el medio ambiente.
- El conflicto cognitivo al enfrentar cada nueva situación estimula el aprendizaje.
- El conocimiento se desarrolla mediante el reconocimiento y aceptación de los procesos sociales y de la evaluación de las diferentes interpretaciones individuales del mismo fenómeno.



4.3 Paradigma del ABP

El ABP es un paradigma alternativo al modelo magistral tradicional en muchos aspectos sustantivos, como la función del maestro y del estudiante y las características del método.

El problema	Características del método	Función de los participantes
<ul style="list-style-type: none">• Sirve como núcleo y contexto para el aprendizaje.• Es auténtico y se estructura como relato de hecho reales.• Se trata de situaciones que tienen componentes de naturaleza diversa.• La solución no es sencilla• No siempre hay respuesta única.• Conforme se añade información, el problema adquiere otra dimensión	<ul style="list-style-type: none">• Está centrado en el estudiante• Es colaborativo y promueve el aprendizaje autodirigido• Promueve la evaluación basada en el desempeño• Es interdisciplinario e integrador• El aprendizaje es construido por el estudiante de manera activa	<ul style="list-style-type: none">• El maestro funciona como un facilitador del aprendizaje. Su papel no es preparar la información de manera lógica, sino hacer preguntas lógicas según la naturaleza del problema.• Los estudiantes funcionan como un equipo de aprendices; la construcción individual es realimentada por el trabajo de los demás

Tabla 19 Paradigma del ABP



4.4 Objetivos del ABP

El objetivo del ABP es que el estudiante desarrolle habilidades y destrezas para que le sean útiles a lo largo de la vida.

Martínez, Gutiérrez y Piña (2007), mencionan algunos de los objetivos del ABP:

- Que los estudiantes adquieran y desarrollen conocimientos específicos.
- Que integren y apliquen los conocimientos adquiridos.
- Que los estudiantes desarrollen habilidades para el aprendizaje independiente y de comunicación.
- Que adquieran y desarrollen habilidades necesarias para solucionar problemas.
- Que aprendan a trabajar en equipo.

4.5 Proceso de enseñanza-aprendizaje y el ABP

El ABP incluye el desarrollo del pensamiento crítico en el mismo proceso de enseñanza - aprendizaje, no lo incorpora como algo adicional, sino que es parte del mismo proceso de interacción para aprender. El ABP busca que el alumno comprenda y profundice adecuadamente en la respuesta a los problemas que se usan para aprender abordando aspectos de orden filosófico, sociológico, psicológico, histórico, práctico, etc. Todo lo anterior con un enfoque holístico.

Tapia (2019) menciona que “En el proceso enseñanza-aprendizaje, la enseñanza se refiere a las actividades que realiza un individuo (el profesor) con el fin de facilitar, moderar, promover que el estudiante construya-reconstruya un conocimiento. Por su parte, el aprendizaje se refiere a la serie de operaciones intelectuales que tiene que realizar el estudiante para construir-reconstruir un conocimiento determinado”.

Aquí, el estudiante debe buscar, analizar, organizar y producir con base en conocimientos, respuestas alternativas a los problemas de su realidad. El objetivo es promover el tránsito del aprendizaje por recepción al combinado por recepción, re-construcción, descubrimiento y significancia (Tapia, 2019).

“se afirma que el aprendizaje es la continua búsqueda, creación y recreación de nuestros modelos mentales; se puede aprender de la vida, pero se aprende el 90% viviendo, simulando o representando una situación” (Tapia, 2019).

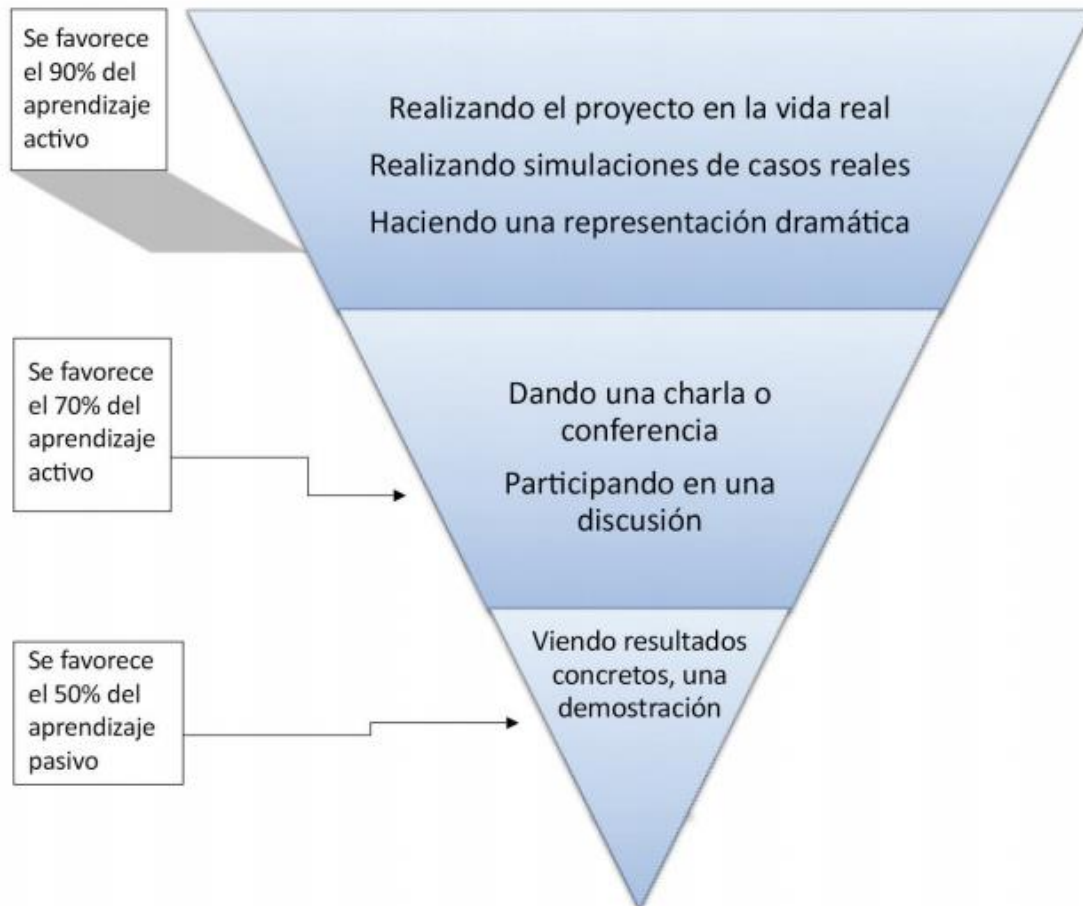


Figura 33 Cono del aprendizaje

Sin duda es importante aprender mientras se disfruta con la experiencia, desarrollar el sentido crítico, la reflexión, la inteligencia emocional y obtener más de un beneficio. El conocimiento no es solamente el resultado de una copia de realidades preexistentes, sino un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y reinterpretada por el sujeto cognoscente, el cual va construyendo progresivamente esquemas explicativos cada vez más complejos y potentes (Tapia, 2019)



4.6 Herramientas de inmersión

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) son todos aquellos recursos, herramientas y programas que se utilizan para procesar, administrar y compartir la información mediante diversos soportes tecnológicos.

Las TIC y sus actuales mediaciones (redes sociales, videojuegos, teléfonos inteligentes, televisión digital, videos y servicios web) están generando en los jóvenes nuevas formas de informarse, interactuar, divertirse y aprender (Gorostieta, Hernández e Ibarra, 2019).

La introducción de las tecnologías de la información y la comunicación ha traído consigo cambios significativos en la sociedad. Es necesario que las TIC se inserten en prácticas sociales ya existentes de personas, grupos u organizaciones de modo que servirán como herramientas que potenciarán el trabajo en un mundo real y concreto (Sánchez, 2008).

La incorporación de las TICs en la sociedad y en el ámbito de la educación ha ido adquiriendo una creciente importancia y ha ido evolucionando a lo largo de estos últimos años, tanto que la utilización de estas tecnologías en el aula pasará de ser de una posibilidad a una necesidad y como una herramienta de trabajo básica para el profesorado y el alumnado.

El impacto del uso de estas herramientas está en los contenidos curriculares, ya que permiten presentar la información de una manera muy distinta a como lo hacían los tradicionales libros y vídeos sustituyendo a los antiguos recursos.

Las herramientas de inmersión refieren al empleo de instrumentos psicoeducativos que promueve la salud mental. Este tipo de herramientas pueden ser múltiples: visuales, audiovisuales, escritas, etc., pudiéndonos basar en las nuevas tecnologías acercándonos a las experiencias y vivencias que los jóvenes se enfrentan en la vida cotidiana (Gorostieta, *et al.*, 2019).

Se trata de contenidos más dinámicos con una característica distintiva fundamental: la interactividad, esto fomenta una actitud activa del alumno/a frente al carácter de exposición o pasivo, lo que hace posible una mayor implicación del estudiante en su formación. Los nuevos contenidos permiten la



creación de simulaciones, realidades virtuales que hacen posible la adaptación del material a las características nacionales o locales y se modifican y actualizan con mayor facilidad, además permiten la evaluación diagnóstica, sumativa y formativa.

Existen diferentes tipos de herramientas de inmersión, algunos de estos son:

Simulador de gestión: “Pertenece a la última generación de herramientas tecnológicas en la educación, los simuladores constituyen ambientes de inmersión que permiten la reproducción de características particulares de casos de estudio o problemáticas específicas que el alumno atenderá y solucionará. Posibilitan la construcción de aprendizaje situado y auténtico y potencia el desarrollo de competencias a partir de casos reales” (Tapia, Villalobos, Ostiguín, Cadena y Ramírez, 2018).

Herramientas de presentación de contenidos: “Los objetivos de esta herramienta se enfocan en que el alumno comprenda los contenidos, las presentaciones o videos, son un recurso común en el aula para explicar o aclarar algún tema, ya sean elaboradas por los alumnos o el docente. Las más utilizadas son videoblogs en YouTube, presentaciones power point, prezi, keynote del sistema operativo, son de las más utilizadas en los espacios escolares” (Tapia, *et al.*, 2018).

Herramientas cognitivas y de visualización: el usuario puede manipular la información, amplificarla y observarla desde diferentes ángulos, todo ello con el fin de aprender a través de la adquisición y manejo de la información (Tapia, *et al.*, 2018).

“Uno de los problemas fundamentales en la educación media superior y superior en la formación de recursos humanos hoy en día, radica en la carencia de solución de problemas y de motivación, quieren y buscan las soluciones mediante un clic en Internet, se hace necesario y urgente crear experiencias concretas atractivas, con el objetivo de fortalecer el proceso de aprendizaje y reflexión de los alumnos, porque no se puede negar que en varios planteles gran parte del personal docente se reusa a modificar



sus estrategias didácticas. Ante esta problemática las tecnologías de la información y comunicación (TIC), así como los simuladores o herramientas de inmersión constituyen una opción para la construcción de experiencias que potencien el aprendizaje integral” (Tapia, et al., 2018).



CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.

1. Tipo de investigación

De acuerdo con el tema de investigación y los objetivos que se plantearon, la investigación fue de corte cualitativo.

La investigación cualitativa se centra en comprender los fenómenos, explorándolos desde una perspectiva de los participantes y un ambiente natural en relación al contexto. Este tipo de investigaciones se llevan a cabo cuando un tema ha sido poco explorado. Enfocándose en la descripción detallada de experiencias, actitudes, creencias, pensamientos, reflexiones como son sentidas por los informantes y no como el investigador lo describe. “Asimismo, aporta un punto de vista fresco, natural y holístico de los fenómenos, así como flexibilidad.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014; Tapia, 2019).

2. Método

El método de la investigación es fenomenológico, puesto que se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida, en relación a un suceso, desde la perspectiva de un sujeto. “Este método asume el análisis de los aspectos más complejos de la vida humana, de lo que se encuentra más allá de lo cuantificable”. Según E. Husserl (1998), refiere que es un paradigma que explica la naturaleza de las cosas, su esencia y veracidad de los fenómenos. Su objetivo radica en la comprensión de la experiencia vivida. Estas serán a través de relatos, historias y anécdotas (Fuster, 2018).

3. Informantes

El número de participantes fueron 14 alumnos, de los cuales 12 fueron mujeres y dos hombres.

3.1. Características

- Alumnos de la carrera de Enfermería.
- Cursando el módulo de “Atención a las Adicciones en el Área de la Salud” en el periodo de intersemestral. Con fecha de inicio: 25 de noviembre del 2019 y finaliza el 10 de diciembre del 2019.
- Ambos sexos.



- Que desearon participar.

5. Procedimiento

Durante el módulo de “Atención a las Adicciones en el Área de la Salud”, se realizó un video; que emerge de las problemáticas que se desarrollan ante el abuso de drogas, en el cual, participaron alumnos y pasantes de la carrera de enfermería. La temática que se abordó en el video fue de un paciente adicto que llega al servicio de urgencias, en donde es atendido por un equipo multidisciplinario, en él se plantean dos situaciones distintas, en la primera se observa el desinterés, la falta de comunicación, de información por parte de los profesionales de la salud y en la segunda, el trato holístico y humanizado que se brinda a los pacientes, para llevar a cabo esta actividad los estudiantes documentaron la historia, los finales alternativos y trabajaron en equipo. Este video fue sometido a jueceo, el cual fue evaluado por expertos en el tema.

Después de aprobarse el video, se proyectó a todo el grupo que cursó la optativa de “Atención a las Adicciones en el Área de la Salud”, en el periodo intersemestral. Una vez que se proyectó el video, los participantes analizaron el video y se les pidió que plasmaran, de qué manera esta herramienta había influenciado en su aprendizaje. Se solicitó a los alumnos la identificación de los factores de riesgo y protección que caracterizaban a los personajes principales, las sustancias de abuso, las intervenciones multidisciplinarias y de enfermería.

Lo esperado era que los alumnos lograran identificar las sustancias que se ingirieron en el video con base a lo que ya se había visto en la teoría, para así poder determinar que sustancias eran y la sintomatología que presentaban. Además de prestar atención en las intervenciones que realizan los profesionales en enfermería de forma independiente, dependiente y en conjunto con un equipo multidisciplinario, tener claridad en la atención holística y en la resolución del problema. Con esto se busca que los participantes puedan llevar a la práctica las herramientas utilizadas, así como en su vida personal.

4.1 Estrategia de la recolección de datos

Posterior a la presentación teórica del temario, la elaboración de los casos problemas ABP, se aplicó una entrevista semi-estructurada que constó de 5 ítems, dicho instrumento fue validado por expertos en el tema.

4.2 Análisis de datos

Se trabajó con los principios de análisis de material cualitativo De Souza Minayo (2011) para el análisis de datos.

Una vez que se obtuvieron las respuestas de la entrevista, por parte de los participantes se procedió a su lectura y transcripción. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la elaboración de categorías y subcategorías.

5. Recursos y Apoyo logístico

5.1 Escenario

FES- Iztacala con dirección en Av. De Los Barrios 1, Hab Los Reyes Ixtacala Barrio de los Árboles/Barrio de los Héroes, 54090 Tlalnepantla de Baz, Méx. De la carrera de Enfermería del módulo de “Atención a las adicciones en el área de la salud” en el periodo intersemestral.



Figura 34. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

5.2 Recursos (humanos, materiales y físicos)

Los recursos materiales que se utilizaron durante la investigación fueron: una computadora, proyector, impresiones, lápiz o pluma y un CD con el video.



Recursos físicos: Instalaciones (aulas) y salas de multimedia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Los recursos humanos se conformaron por dos pasantes de servicio social de la carrera de enfermería y la directora de tesis:

- PSS: López Aguado Olmos Alexia.
- PSS: Andrea Navarrete Mejorada.
- Directora: Dra. Diana Cecilia Tapia Pancardo.



CAPÍTULO III. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

1. Consentimiento Informado

Por medio de un consentimiento informado que se brindó a los participantes, se les informó el procedimiento que se llevaría a cabo en caso de aceptar el proyecto de investigación, haciendo de su conocimiento que la información recaudada sería estrictamente con fines de investigación.

La investigación se realizó bajo los principios éticos según el Informe de Belmont, que son el respeto a la persona (autonomía), la beneficencia y la justicia, el Código de Nuremberg que incluye una lista de diez principios que establecen las condiciones que deben cumplirse para la investigación ética en humanos. Estipula que un sujeto debe comprender la naturaleza, la duración y el propósito del experimento, el método y los medios por los que se va a realizar, todos los inconvenientes y riesgos razonablemente esperables, y los efectos que sobre su salud o personalidad podrían derivarse de la participación en el experimento, (Carrasco-Aldunate, Rubio-Acuña y Fuentes-Olavarría, 2012). La Declaración de Helsinki y La ley General de Salud, Título Quinto, Capítulo único, Artículo 100.

2. Rigor metodológico

Existen algunos criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos y sobre los cuales hay acuerdo parcial. Estos criterios son: la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad.

La credibilidad se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como reales o verdaderos por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. La confirmabilidad se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro (s) investigador (es) puede seguir «la pista» al investigador original y llegar a hallazgos similares. La transferibilidad consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos (Castillo y Vásquez, 2003).

3. Datos psicosociales



Numero	Nombre	Sexo	Carrera
1	Cuba	Femenino	Enfermería
2	Colombia	Femenino	Enfermería
3	Guatemala	Femenino	Enfermería
4	Brasil	Femenino	Enfermería
5	Venezuela	Femenino	Enfermería
6	Argentina	Femenino	Enfermería
7	Paraguay	Femenino	Enfermería
8	Bolivia	Femenino	Enfermería
9	Nicaragua	Femenino	Enfermería
10	Jamaica	Femenino	Enfermería
11	México	Femenino	Enfermería
12	Panamá	Femenino	Enfermería
13	Chile	Masculino	Enfermería
14	Ecuador	Masculino	Enfermería

Tabla 20 Participantes



HALLAZGOS

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	DISCURSO
Categoría 1 EL ABP favorece el aprendizaje significativo en la atención a una persona adicta en urgencias.	Subcategoría 1.1 Cada persona adicta tiene una historia	<p>[] <i>Me hizo pensar que esto es real, que hay tantas historias detrás de un adicto y estaba asombrada. E12</i></p> <p>[] <i>Perdí un año por la situación de codependencia con mi pareja ya que le molestaba que hablara con los hombres y solo me quedaba en casa bebiendo. E6</i></p>
	Subcategoría 1.2 La atención no se debe otorgar como si fueran maquinas	<p>[] <i>Me di cuenta que realmente no estamos bien preparados para atender a un paciente adicto, pero como se muestra en los videos, me doy una idea de cómo hacerlo, todos ellos tienen una historia, no debemos atenderlos como si fuéramos maquinas, ellos necesitan más. E3</i></p> <p>[] <i>Lejos de ser sistematizada es brindar verdadera atención para ayudar a las personas en su rehabilitación E1</i></p>
	Subcategoría 1.3 Tanto el paciente como el cuidador son personas	<p>[] <i>El ABP me gusto logre identificar y entender lo que pasa en ellos, los síntomas, que tipo de droga maneja, factores de riesgo y protección, todo en conjunto, lo que al final resulta de la historia de cada persona adicta, me permitió valorar a la persona desde otro ángulo. E4</i></p>
	Subcategoría 1.4 Es relevante la atención empática en la persona con adicción.	<p>[] <i>Reforcé mis conocimientos ya que he pasado por algunas situaciones que, aunque no tuve adicción a sustancias, era codependiente (muy extremo) de una persona, busque ayuda ya que me hacía sentir muy mal y muchas cosas tratadas en el</i></p>



		<p><i>ABP me las enseñaron en la ayuda que recibí. Después de eso me volví aún más empática con mis pacientes. E6</i></p>
	<p>Subcategoría 1.5</p> <p>Método de aprendizaje diferente, cercano a lo real, al alcance de todos</p>	<p><i>[] Todos estamos rodeados de factores de riesgo, antes de esto, yo creía que no tenía ninguno, ahora me doy cuenta que estaba equivocada y que si tengo muchos factores de riesgo y voy aprendiendo a identificarlos. E3</i></p> <p><i>[] El ABP con videos es un método de aprendizaje diferente, en mi opinión es una herramienta a la cual todos podemos tener acceso ya que estamos en una época en donde la tecnología y las redes sociales la mayoría de personas tienen acceso y mediante esto es una forma de enseñanza que en lo personal me funciona. Son tal cual los problemas. E13</i></p> <p><i>[] Me impactó, ya que antes de conocer la optativa no tenía idea de cómo actuar ante este tipo de paciente, y ahora sé que es lo que debo de hacer, considero que debo ser más empática con mis pacientes en urgencias. E7</i></p> <p><i>[] En urgencias pediátricas tuve contacto con un adolescente de 15 años, me sentí impotente no supe cómo ayudarlo, solo escuché lo que él quiso contarme de su vida, no lo canalice a un centro de rehabilitación.</i></p>



CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	DISCURSO
Categoría 2 EL ABP ayudo a identificar prejuicios sobre la persona adicta	Subcategoría 2.1 prejuicios del personal de salud	<p><i>[] Solo una ocasión real he visto un paciente alcohólico, recuerdo que la maestra me comentó que tuviera cuidado con él, porque podría ser agresivo, estaba con sujeción y todo mundo solo lo pasaban de largo, no me sentí segura de atenderlo. E4</i></p> <p><i>[] Tuve un paciente por intento de suicidio que consumía cocaína, fue cuando estaba en 3er semestre y en ese entonces pensé que lo que le estaba pasando era porque él se lo había buscado y ahora entiendo que no debí haber pensado eso, aún recuerdo que me sentí impotente por no saber que decirle y porque en el vi un recuerdo de mí de hace muchos años. E7</i></p>
	Subcategoría 2.2 prejuicios propios	<p><i>[] Excelente herramienta, se transmite el mensaje más claro y te pone a reflexionar sobre la toma de decisiones, me deja la enseñanza de ser empática, de no juzgar saber que es una enfermedad y necesitan de un equipo para salir de ella, muchas veces los minimizamos y tomamos malas decisiones. E5</i></p> <p><i>[] A lo largo de la carrera de enfermería justificamos el consumo cotidiano por el estrés y la presión que nos genera obtener buenas calificaciones, negando que nos puede llevar al abuso o caer en el consumo de alguna sustancia nociva. E14</i></p>



		<p><i>[] Como estudiante de enfermería pensamos que no pasa nada al consumir alcohol, con el ABP reflexione sobre que todos estamos expuestos y podemos pasar por esas situaciones, por ser jóvenes pensamos que no nos va a pasar nada, la realidad está en que todo empieza con reuniones sociales y que van en aumento, que nuestras emociones y sentimientos influyen mucho en el uso y abuso de drogas. E14</i></p>
--	--	---



CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	DISCURSO
Categoría 3 El ABP favoreció el aprendizaje sobre la atención en urgencias a una persona adicta	Subcategoría 3.1 Cuidado holístico y humanizado	<p>[] <i>Me quedo claro la importancia del cuidado holístico y humanizado en el servicio de urgencias, escucha activa, toma de signos vitales, ministración de medicamentos, apoyo emocional, brindar información sobre las causas y consecuencias del consumo de drogas. E9</i></p> <p>[] <i>Independientemente de las intervenciones médicas, me quedo con esa empatía y apoyo que podemos brindar a los pacientes con adicciones durante todo el tiempo que estamos con ellos en urgencias, es importante escuchar, orientar y canalizar. E5</i></p>
	Subcategoría 3.2 Intervención multidisciplinaria	<p>[] <i>Se manda un mensaje claro para los observadores y participantes, se ve como logran salir adelante el paciente y su familia con las múltiples ayudas del equipo multidisciplinario. E14</i></p>



DISCUSIÓN

Los adictos a drogas ingresan con frecuencia a hospitales y salas de urgencias; dadas sus características, se les abandona en términos de apoyo emocional y referencias apropiadas (Tapia. *et al.*, 2016).

Existen investigaciones en donde se resalta que los profesionales en enfermería han mostrado una actitud desinteresada o negativa, al atender a un paciente que ingresa al hospital bajo los efectos de alguna droga, esta situación repercute en la evolución como en el tratamiento de la persona adicta (Medina-Briones, *et al.*, 2018).

El proceso de aprendizaje convencional se invierte al trabajar en el ABP. Mientras tradicionalmente primero se expone la información y posteriormente se busca su aplicación en la clínica, en el caso del ABP primero se presenta el problema, se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria y finalmente se regresa al problema. Lo cual coincide con la primera categoría y subcategorías:

Categoría 1. EL ABP favorece el aprendizaje significativo en la atención a una persona adicta en urgencias y subcategoría 1.1: Cada persona adicta tiene una historia

[] *Me hizo pensar que esto es real, que hay tantas historias detrás de un adicto y estaba asombrada. E12*

[] *Perdí un año por la situación de codependencia con mi pareja ya que le molestaba que hablara con los hombres y solo me quedaba en casa bebiendo. E6*

Los adolescentes son transparentes en muchas de sus emociones, otras son enmarcadas como la tristeza y manifestada con intolerancia, lo que confunde mucho a los demás en su interpretación social, pero en la vida cotidiana existen algunas señales que pueden darnos indicios de que un joven está canalizando inadecuadamente sus emociones (Tapia, *et al.*, 2017).



La persona prefiere alejarse de su grupo de amigos e irse con otros que consuman drogas, o al menos, que comparta las actitudes, conductas y no le produzcan dolor (Tapia, *et al.*, 2017)

Lo cual concuerda con la subcategoría **1.2 La atención no se debe otorgar como si fueran maquinas**, la cual emerge del siguiente discurso:

[] *Me di cuenta que realmente no estamos bien preparados para atender a un paciente adicto, pero como se muestra en los videos, me doy una idea de cómo hacerlo, todos ellos tienen una historia, no debemos atenderlos como si fuéramos maquinas, ellos necesitan más. E3*

[] *Lejos de ser sistematizada es brindar verdadera atención para ayudar a las personas en su rehabilitación E1.*

El personal con poca capacitación sobre adicciones, mantiene un estigma social que se ha formado sobre los adictos, considerando que toda la problemática de salud, ellos se lo buscaron y, posiblemente esta falta de información, pueden influir en la percepción negativa de los profesionales de la salud, por lo que en una institución hospitalaria, cada sujeto tendrá su propia percepción de acuerdo con su experiencia, dicha percepción hará que cada sujeto se forme una imagen con las sensaciones que experimenta al atender a los usuarios independiente de su patología, lo que conduce a tener distintas conductas por parte de los profesionales de la salud ante los usuarios (Tapia, *et al.*, 2016).

Con lo anterior, da lugar a la subcategoría **1.3 Tanto el paciente como el cuidador son personas** y **1.4 Es relevante la atención empática en la persona con adicción**, tal como se muestra en los siguientes discursos:

[] *El ABP me gusto, logre identificar y entender lo que pasa en ellos, los síntomas, que tipo de droga maneja, factores de riesgo y protección, todo en conjunto, lo que al final resulta de la historia de cada persona adicta, me permitió valorar a la persona desde otro ángulo. E4*

[] *Reforcé mis conocimientos ya que he pasado por algunas situaciones que, aunque no tuve adicción a sustancias, era codependiente (muy extremo) de una*



persona, busque ayuda ya que me hacía sentir muy mal y muchas cosas tratadas en el ABP me las enseñaron en la ayuda que recibí. Después de eso me volví aún más empática con mis pacientes **E6**

Por lo anterior, toda intervención con los pacientes drogadictos es necesario que el personal profesional cuente con ciertas características, que facilitarán la empatía en la atención. Debe ser flexible y con capacidad de establecer vínculos resilientes, con sentido del humor y capacidades comunicativas, con habilidades suficientes y necesarias para trabajar las experiencias de trauma y duelos tan frecuentemente observados en esta población, se requiere de capacidad de empatía, de escucha activa, de contención emocional, de conocimientos teóricos y prácticos de los conflictos y problemas asociados al consumo de drogas. (Tapia., *et al*, 2016)

Por tanto, la sensibilización de los profesionales de enfermería es de suma importancia, pues siendo dicha profesión en quien se apoyan la mayor parte de los programas de prevención en materia de salud, es necesaria una formación académica, deben de hacer todo lo que este en sus manos para ayudar en la formación de tan valioso recurso humano, en la medida de lo posible para garantizar, al mismo tiempo, la protección de la salud y la vida de las personas atendidas (Tapia, *et al.*, 2016).

Para poder atender al paciente adicto en los servicios de urgencias el licenciado en enfermería debe contar con algunas características principales como: flexibilidad, creatividad, inteligencia emocional y una formación integral que abarque no solo lo relacionado con su quehacer técnico o profesional, sino también con aspectos personales y una alta calidad humana (Tapia, *et al.*, 2016). Por ello la relevancia de la formación adecuada de los recursos para el área de la salud, tanto las instituciones sanitarias como los colegios profesionales tienen la responsabilidad social de velar por un buen ejercicio de la profesión (Tapia, *et al.*, 2016).

Uno de los problemas fundamentales en la educación media superior y superior es la formación de recursos humanos hoy día, radica en la carencia de solución de problemas y de motivación, quieren y buscan las soluciones mediante un clic



en internet, se hace necesario y urgente crear experiencias concretas atractivas, con el objetivo de fortalecer el proceso de aprendizaje y reflexión de los alumnos, porque no se puede negar que en varios planteles gran parte del personal docente se reusa a modificar sus estrategias didácticas. Ante esta problemática las tecnologías de la información y comunicación (TIC), así como los simuladores o herramientas de inmersión constituyen una opción para la construcción de experiencias que potencien el aprendizaje integral. Esto da lugar a la siguiente Subcategoría: **1.5 Método de aprendizaje diferente, cercano a lo real, al alcance de todos**, la cual emergió del siguiente discurso:

[] El ABP con videos es un método de aprendizaje diferente, en mi opinión es una herramienta a la cual todos podemos tener acceso ya que estamos en una época en donde la tecnología y las redes sociales la mayoría de personas tienen acceso y mediante esto es una forma de enseñanza que en lo personal me funciona. Son tal cual los problemas. E13

[] Me impactó, ya que antes de conocer la optativa no tenía idea de cómo actuar ante este tipo de paciente, y ahora sé que es lo que debo de hacer, considero que debo ser más empática con mis pacientes en urgencias. E7

Las TIC, con toda seguridad, representan una oportunidad para la versatilidad en los procesos de enseñanza-aprendizaje y configuran un nuevo paradigma para adaptarse a las nuevas necesidades educativas (Carapia, 2018).

En el ABP como estrategia de enseñanza, el estudiante debe buscar, analizar, organizar y producir con base en conocimientos, respuestas alternativas a los problemas de su realidad. El objetivo es promover el tránsito del aprendizaje por recepción al combinado por recepción, re-construcción, descubrimiento y significancia (Tapia, 2019).

Se afirma que el aprendizaje es la continua búsqueda, creación y recreación de nuestros modelos mentales; se puede aprender de la vida, pero se aprende el 90% viviendo, simulando o representando una situación (Tapia, 2019). Es por esto que mientras tradicionalmente primero se expone la información y posteriormente se busca su aplicación en el campo clínico, en el caso del ABP



primero se presenta el problema, se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria y finalmente se regresa al problema, debido a esto se construye la categoría:

2. EL ABP ayudo a identificar prejuicios propios y del personal de salud

*[] Solo una ocasión real he visto un paciente alcohólico, recuerdo que la maestra me comentó que tuviera cuidado con él, porque podría ser agresivo, estaba con sujeción y todo mundo solo lo pasaban de largo, no me sentí segura de atenderlo. **E4***

*[] Tuve un paciente por intento de suicidio que consumía cocaína, fue cuando estaba en 3er semestre y en ese entonces pensé que lo que le estaba pasando era porque él se lo había buscado y ahora entiendo que no debí haber pensado eso, aún recuerdo que me sentí impotente por no saber que decirle y porque en el vi un recuerdo de mí de hace muchos años. **E7***

El ABP incluye el desarrollo del pensamiento crítico en el mismo proceso de enseñanza - aprendizaje, no lo incorpora como algo adicional, sino que es parte del mismo proceso de interacción para aprender.

Existen evidencias de que este tipo de enfermos en algunos casos no son del agrado de los profesionales de la salud, sobre todo si en su historia familiar cuentan con una persona adicta o con problemas de abuso de sustancias; sin embargo, se deberá tomar en cuenta la necesidad de considerar al adicto como enfermo con problemas severos de voluntad y con cambios drásticos a nivel cerebral y no como la persona que libremente decide consumir una droga, es importante su formación, sensibilización y participación comprometida en la problemática de las adicciones (Tapia, *et al*, 2016).

Para afrontar esta situación, habitualmente no hemos sido formados. La prescripción de un fármaco contribuye, pero no es suficiente, hay que escuchar y ayudar a que los pacientes descubran por dónde avanzar, lo cual no es sencillo y menos cuando el tiempo es limitado (Santamaría, Fomperosa, Argüello y Portillo, 2009), es por esto por lo que a través del ABP se muestra la problemática, la cual nos ayuda a tener una visión más amplia para la resolución



de conflictos que nos impiden dar una atención adecuada al paciente adicto, Lo que da lugar a la categoría:

Categoría 3. El ABP favoreció el aprendizaje sobre la atención en urgencias a una persona adicta y las subcategorías: Cuidado holístico y humanizado, e Intervención multidisciplinaria.

[] *Me quedo claro la importancia del cuidado holístico y humanizado en el servicio de urgencias, escucha activa, toma de signos vitales, ministración de medicamentos, apoyo emocional, brindar información sobre las causas y consecuencias del consumo de drogas. E9*

[] *Se manda un mensaje claro para los observadores y participantes, se ve como logran salir adelante el paciente y su familia con las múltiples ayudas del equipo multidisciplinario. E14*

El ABP busca que el alumno comprenda y profundice adecuadamente en la respuesta a los problemas que se usan para aprender, abordando aspectos de orden filosófico, sociológico, psicológico, histórico, práctico, etc. Todo lo anterior con un enfoque integral (Guevara, 2010)

Cuando se habla de proporcionar una atención humanista, se refiere a ver a los pacientes como personas y no solo como una enfermedad, respetando así sus derechos, dándoles un trato de calidad en donde se muestre esa empatía con ellos.



CONCLUSIÓN

Para concluir, los objetivos que se plantearon al inicio, se cumplieron de manera satisfactoria, debido a que el alumno logró identificar la influencia del ABP en la atención de la persona adicta en el servicio de urgencias mediante la utilización de herramientas de inmersión; la cual favoreció la identificación del rol que desempeñan los profesionales en enfermería, así como las intervenciones dependientes e independientes. Por ello decimos que el ABP como estrategia metodológica beneficia a los alumnos ya que ellos aprenden de una manera más fácil cuando se toman situaciones de la vida cotidiana. Ayudándolos así a establecer una conexión entre los conocimientos teóricos y la práctica.

Esta estrategia metodológica es una excelente herramienta para que los alumnos desarrollen habilidades y destrezas de trabajo en equipo, la adquisición de habilidades para escuchar, responder, proponer y participar en debates relevantes.

Hoy en día vivimos en un mundo en donde las tecnologías están a la vanguardia, y actualmente la implementación de herramientas de inmersión favorece a los estudiantes a adquirir un aprendizaje más didáctico y significativo. Lo que motiva a los alumnos a desarrollar un aprendizaje auto dirigido. Cabe mencionar que esta estrategia metodológica no solo puede ir aplicada al área de la salud, sino que también a otras áreas.

Es de suma importancia que el tema de las drogas y la atención a pacientes con adicciones, se proporcione una capacitación a los profesionales de enfermería en el área de urgencias para el adecuado manejo de estos pacientes; ya que algunos estudios han arrojado datos que muestran que los profesionales en el área de la salud no se sienten preparados, ni con los conocimientos para atender a un paciente adicto y que muchos profesionales son insensibles ante esta situación. Es importante que el profesional de enfermería aprenda a ver qué factores de riesgo los llevaron hasta esta situación y cuál es su historia de vida, para poder atender de forma holística y dar una adecuada asesoría y seguimiento. Por esta razón se invita a que no se deje de realizar este tipo de investigaciones, ya que cada día el número de consumidores aumenta y como



equipo multidisciplinario debemos estar preparados para la atención dejando a un lado la indiferencia y prejuicios hacia este tipo de pacientes por parte de médicos y enfermeras.

En base a los resultados se concluyó que, el ABP como estrategia metodológica para la atención de la persona adicta en urgencias por enfermería fue satisfactoria, no solo influyó en el ámbito académico, sino que también se pudo sensibilizar a los estudiantes de enfermería para brindar una atención holística y humanizada a los pacientes adictos.



REFERENCIAS

1. Azkunaga B. & Mintegi S. s.f. Intoxicaciones. Medidas generales. [Consultado el 15 de noviembre del 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/intoxicaciones_medidas_generales.pdf
2. Bennett G. & Grande G. 2011. Intoxicaciones en Pediatría. Acta Pediátrica Hondureña. [Consultado el 19 de noviembre del 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol1/pdf/APHVol1-2-2010-2011-8.pdf>
3. Brailowsky S. 2017. Solventes e inhalantes. Ciencias. [Consultado el 22 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://www.revistaciencias.unam.mx/es/203-revistas/revista-ciencias-122-123/2033-solventes-e-inhalantes.html>
4. Caltenco Herrera, R. M. y García Melchor, J. A. 2017. Desarrollo de la inteligencia emocional mediante herramientas de inmersión para la prevención de adicciones y/o bullying en adolescentes. [Tesis profesional]. UNAM, Facultad de Estudios superiores Iztacala.
5. Carapia Fierros P. 2018. La importancia de la formación del Licenciado de enfermería con técnicas innovadoras para desarrollar competencias en educación para la salud mental en el adolescente. [Tesis profesional] UNAM, Facultad de Estudios superiores Iztacala.
6. Carrasco-Aldunate P., Rubio-Acuña M., Fuentes-Olavarría D. 2012. Consentimiento informado: un pilar de la investigación clínica. . [Consultado el 29 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a04.pdf>
7. Castillo, E., Vásquez, M. 2003. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. [Consultado el 29 de enero de 2020]. Disponible de: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>
8. CENETEC. 2014. Tratamiento general de las intoxicaciones y envenenamientos en niños y adultos. [Consultado el 25 de noviembre del 2019]. Disponible de: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-714-14-TxgralIntoxicaciones/GRR Tx Gral Intox.pdf>



9. Comisión Nacional contra las Adicciones. 2019. Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral. [Consultado el 12 de noviembre de 2019]. Disponible de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico.pdf
10. ¿Cómo es el Narcomenudeo en México? .2016. *notimérica*. [Consultado el 11 noviembre del 2019]. Disponible de: <https://www.notimerica.com/sociedad/noticia-narcomenudeo-mexico-20160123102937.htm>
11. Cuesta S. 2013. Tratamiento de las intoxicaciones agudas. Revisión de las intoxicaciones por sustancias de abuso. [Consultado el 15 de noviembre del 2019]. Disponible de: https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2726/0541_Cuesta.pdf?sequence=4
12. Deza S. 2013. Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia. *Av.Psicol.* [Consultado el 20 de noviembre del 2019]. Disponible de: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/11_deza.pdf
13. Dirección General de Información de Salud. 2018. Egresos hospitalarios en 2018. Ciudad de México. [Consultado el 20 de noviembre de 2019]. Disponible de: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWw5MGEwMGItYmlwZi00ZTgwLWlWMDAtNjE5ODc2YjgzOGNkIiwidCI6IjE1NTg5NzJjLWEyYzctNDJlZC05ZTJiLTdjZjZlZTlxNDA2YSIsImMiOiR9>
14. Dirección General de Información de Salud. 2019. Informe sobre defunciones por consumo de sustancias psicoactivas periodo 1998- 2017. Ciudad de México. [Consultado el 20 de noviembre de 2019]. Disponible de: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWw5MGEwMGItYmlwZi00ZTgwLWlWMDAtNjE5ODc2YjgzOGNkIiwidCI6IjE1NTg5NzJjLWEyYzctNDJlZC05ZTJiLTdjZjZlZTlxNDA2YSIsImMiOiR9>
15. El consumo de drogas en México se disparó 205% entre 2011 y 2017, y fue peor en niñas y adolescentes. 2018. *sinembargo*. [Consultado el 11 noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.sinembargo.mx/17-05-2018/3418451>



16. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 Alcohol. [Consultado el 5 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_ALCOHOL_2014.pdf
17. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. Reporte de Alcohol 2016-2017. 2017. [Consultado 5 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
18. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. Reporte de Drogas 2016-2017. 2017. [Consultado el 12 de noviembre del 2019]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view
19. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. Reporte De Tabaco 2016-2017. 2017. [Consultado el 12 Noviembre de 2019]. Disponible en: https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_tabaco_2016_2017.pdf
20. Eugenia M. y Rodríguez-de A. 1999. Asistencia médica e higiene ambiental en la ciudad de México Siglos XVI – XVIII. Gac. Med. [Consultado el 4 de diciembre del 2019]. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-2-189-198.pdf
21. Fuentes M. 2019. México social: tabaquismo, un freno al desarrollo. [Consultado el 12 noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/05/30/1166491>
22. Fuster, D. 2019. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones, 7(1), 201-229. Doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
23. García A., Vera M y Campo A. 2002. Enfermería comunitaria: bases teóricas (2nd ed.). México: Enfermería 21.
24. García J. 2018. Balas y votos, el narcotráfico y la violencia en México. *EL PAÍS*. [Consultado el 4 de diciembre del 2019]. Disponible en: https://elpais.com/internacional/2018/04/29/mexico/1524960122_079674.html



-
25. Garrido F. y Pineda D. 2011. Presentación, en Observatorio de la Salud Pública en México, 2010. [Consultado el 3 de diciembre del 2019]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/salud_publica/saludpublica_2010.pdf
26. Gómez C., Hernández O. y Yañez F. 2011. Influencia de un material didáctico sobre la percepción de riesgos hacia el consumo de las drogas en los alumnos de secundaria del municipio de Tlalnepantla. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Enfermería. México: FES Iztacala, UNAM.
27. Gómez-Dantés O., y Frenk J. 2019. Ensayo Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. Salud pública de México. [Consultado el 4 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2019.v61n2/202-211>
28. González D. 2019. Informe de la ONU sobre drogas: más consumidores y más muertos en el mundo. [Consultado el 22 de enero del 2019]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/20190626-informe-onu-droga-muertos-causa>
29. González, J., Hernández, M., & Sánchez-Castañeda, A. (2019). La pluralidad de los grupos vulnerables: un enfoque interdisciplinario. En D. Valdés & R. Gutiérrez. Derechos humanos Memoria del IV congreso nacional de derecho constitucional III. Mexico. [Consultado el 15 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/94/13.pdf>
30. Gorostieta Tapia, E. P., Hernández Cruz, A. B., e Ibarra Hernández, K. 2019. Las herramientas de inmersión como estrategia educativa activa en el fomento de factores protectores en adolescentes. [Tesis profesional] UNAM, Facultad de Estudios superiores Iztacala.
31. Guevara M. 2010. Aprendizaje basado en problemas como técnica didáctica para la enseñanza del tema de la recursividad. [Consultado el 09 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/666/66619992009.pdf>
32. Guía de práctica clínica. s.f. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol etílico en el adulto en el segundo y tercer nivel de atención. [Consultado el 20 de diciembre del 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_256_13_INTOXICACIONETILICA/ISSSTE_256_13_RR.pdf



-
33. Guía de Práctica Clínica. 2012. Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. [Consultado el 20 de diciembre del 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558_GPC_Prescripcixnfarmacologxca/GRR_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf
34. Guía de referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empíricos. 2013. [Consultado el 20 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/trastornos/USOALCOHOL/cie.php>
35. Gutiérrez De Salazar M., Arroyave Hoyos C., Gallego H., Téllez Mosquera J., Rodríguez J., Aristizabal J., Mesa B., Cárdenas, M., Ayerbe González S. y Gómez U. 2008. Guías para el manejo de Urgencias Toxicológicas. [Consultado el 20 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20Manejo%20de%20Urgencias%20Toxicol%C3%B3gicas.pdf>
36. Guzmán J. 2017. Violencia contra la mujer: consumo de drogas y alcohol aumenta agresividad. Andina. [Consultado el 20 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-violencia-contra-mujer-consumo-drogas-y-alcohol-aumenta-agresividad-685957.aspx>
37. Henandez R., Fernandez C. y Baptista P. 2016. Metodología de la investigación. (6ª edición). Mexico. Editoral Mc GRAW-HILL.
38. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2018) Mujeres y Hombres en México 2018. [Consultado el 23 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100916.pdf
39. López F. s.f. Salud Pública en México. Evolución de los servicios de salud de la secretaria de salud. [Consultado el 3 de noviembre del 2019]. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5682/6224>
40. Martínez A. Gutiérrez H., y Piña Garza, E. 2007. Aprendizaje Basado en Problemas en la enseñanza de la medicina y ciencias de la salud. México, D.F.
41. Martínez J. y Del Pino R. 2014. Manual práctico de enfermería comunitaria. España: Elsevier.
42. Medina-Briones M., Sosa-Briones M., Martínez-Aguilera P., Méndez-Ruiz M., Valle-Alonso M., y Yáñez-Castillo B. 2018. Experiencias vividas por



- enfermeras sobre el cuidado en usuarios de drogas lícitas e ilícitas. Nure Investigación. [Consultado el 22 de enero del 2019]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/1451/847>
43. Medina-Mora M., Real T., Villatorio J. & Natera G. 2013. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? Salud pública de México. [Consultado el 19 de noviembre del 2019]. Disponible en: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/DrogSP.pdf>
44. Minnaard C. & Minnaard V. 2013. Aprendizaje basado en problemas (ABP) en los alumnos de carreras técnicas. [Consultado el 08 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/27391/Documento_completo.pdf?sequence=1
45. National Institute on Drug Abuse. 2009. Enfoques para el tratamiento de la drogadicción. [Consultado el 21 de diciembre de 2019 de: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/metodos10.pdf>
46. National Institute on Drug Abuse. 2017. Efectos de las drogas sobre la neurotransmisión. [Consultado el: 4 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/news-events/nida-notes/2017/08/efectos-de-las-drogas-sobre-la-neurotransmision>
47. National Institute on Drug Abuse. 2018. El consumo de sustancias en las mujeres. [Consultado el 12 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-sustancias-en-las-mujeres>
48. Nogué N. 2004. Intoxicaciones agudas protocolos de tratamiento. . [Consultado el 10 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.scfarmclin.org/docs/toxicologia/protocols.pdf>
49. Núñez P., Piñeiro A. & Chillón R. 2016. Tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol y otras drogas en urgencias. [Consultado 20 de diciembre del 2019]. Disponible en: <http://www.residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/43%20Tratamiento%20de%20la%20intoxicaci%C3%B3n%20aguda%20por%20alcohol%20y%20otras%20drogas%20en%20urgencias.pdf>
50. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en México (2019). Informe mundial sobre las drogas 2019. [Consultado el 20 de noviembre del 2019]. Disponible en: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf



51. Oficinas de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC) 2019. Informe mundial sobre las drogas. [Consultado el 23 de enero del 2019]. Disponible en: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
52. Organización Mundial de la Salud. 2018. Alcohol. [Consultado el 12 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
53. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Antología de la Atención a la Salud en México, 1902-2002. [Consultado el 3 de noviembre del 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=204:antologia-atencion-salud-mexico&Itemid=315
54. Organización Mundial de la Salud. 2018. Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos. [Consultado el 22 de diciembre del 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34944/9789275319925_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
55. Organización Mundial de la Salud. 2019. Género. [Consultado el 20 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/gender/es/>
56. Organización Mundial de la Salud. 2019. Tabaco. [Consultado el 12 de noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
57. Piña F. y Poom J. (2019). Deterioro social y participación en el tráfico de drogas en el estado de Sonora. Scielo. [Consultado el 4 de diciembre del 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-73722019000100101&script=sci_arttext
58. Rojas I. y Sotelo J. 2003. La migración de la mujer mexicana migrante: de la emancipación a la equidad de género. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Relaciones Internacionales. Universidad de las Américas Puebla. Cholula, Puebla, México.
59. Rodríguez R. 2016. El universal. El embarazo adolescente y drogas, el reto: SSA. [Consultado el 9 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/politica/2016/08/3/embarazo-adolescente-y-drogas-el-reto-ssa>



-
60. Santamaría J., Fomperosa I., Argüello N. y Portillo C. 2009. Manejo multidisciplinario de los trastornos adictivos, a propósito de un caso. [Consultado el 30 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-manejo-multidisciplinario-trastornos-adictivos-proposito-13137802>
61. Sánchez E. & Canals A. 2018. Intoxicaciones. [Consultado el 15 de noviembre del 2019]. Disponible en: https://amfsemfyc.com/web/article_ver.php?id=2129
62. Sánchez A., Robles N., Fukushima E. & Ferrer J. 2010. CONADIC. Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral. Ciudad de México. [Consultado el 4 de diciembre del 2019]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico.pdf
63. Sánchez-Solís. 2017. Experiencias del personal de enfermería con pacientes hospitalizados por abuso de alcohol. *Enferm. Univ.* . [Consultado el 23 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100019
64. Sánchez L. 2012. Guía informativa género y drogas. [Consultado el 20 de noviembre del 2019]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf
65. Solís G., Solís L. y Díaz G. 2001. Exposición prenatal a drogas y efectos en el neonato. [Consultado el 12 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13021692>
66. Tapia Pancardo, D.C., Villalobos Molina, R., Ostiguín Meléndez, R. M., Cadena Anguiano, J. L., Ramírez Estrada, J. F. 2018. Educación, Tecnología Y Salud Para Adolescentes. Modelos de pensamiento, aprendizaje, emociones y prevención de uso y abuso de sustancias adictivas. Estado de México: FES IZTACALA UNAM
67. Tapia Pancardo, D. C., Villalobos Molina, R., Ostiguín Meléndez, R. M., Cadena Anguiano, J. L. y Ramírez Estrada, J. F. 2017. Inteligencia emocional y adolescencia. Estrategias de prevención de conductas de riesgo. Estado de México: FES IZTACALA UNAM
68. Tapia Pancardo, D.C. 2019. Cuidado de la salud en enfermería: bases teóricas y pedagógicas. Tlalnepantla de Baz, Estado de México:



Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
<https://ru.iztacala.unam.mx/download/files/original/287aa3b8c910c030cf7b1d8f9df748d6.pdf>

69. Tourliere M. 2018. Por sobredosis, murieron 168 mil en el mundo en 2016; México, principal proveedor de heroína y morfina: ONUDC. Proceso. [Consultado el 22 de enero del 2019]. Disponible en: <https://www.proceso.com.mx/540266/por-sobredosis-murieron-168-mil-en-el-mundo-en-2016-mexico-principal-proveedor-de-heroina-y-morfina-onudc>
70. Urdánóz U. & Burusco S. s.f. Alucinógenos. [Consultado el 22 de diciembre del 2019]. Disponible en: <http://navarra.es>
71. Uribe Y. 2017. Cómo afecta la drogadicción a la sociedad. [Consultado el 4 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/yuribe1/como-afecta-la-drogadiccion-a-la-sociedad>
72. Vera O. 2015. Uso de fármacos en el embarazo [versión electrónica]. Rev. Med La Paz. [Consultado el 12 de diciembre del 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v21n2/v21n2_a10.pdf
73. Verde Y., Cañas T. y López A. 2013. El aprendizaje basado en problemas en la apreciación de las artes plásticas. [Consultado el 08 de noviembre del 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-58982013000200011
74. Villatoro J., Medina–Mora E., Flei C., Moreno M., Oliva N., Bustos M., Fregoso D., Gutiérrez L. y Amador N. 2012. El consumo de drogas en México: de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. [Consultado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600001
75. Villar E. 2014. Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades. Consorcio COPOLAD, Madrid. [Consultado el 17 de noviembre del 2019]. Disponible en: http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Genero_y_drogas_241_02014.pdf
76. Violencia contra la mujer. 2019. OMS. [Consultado el 20 de noviembre del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/



-
77. Yoldi M. 2001. El tabaco; eje cultural, económico y social. [Consultado el 12 noviembre del 2019]. Disponible en: <https://info.aserca.gob.mx/claridades/revistas/089/ca089.pdf>



ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
MÓDULO
ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN EL ÁREA DE LA SALUD**



ENTREVISTA

Nombre:

Grupo:

1. Después de ver el video, ¿Qué te pareció y cómo te sentiste?
2. ¿De qué manera influye en ti el video para la percepción de riesgos?
3. ¿En algún momento has estado en contacto con un paciente adicto en el servicio de urgencias? Describe tu experiencia y cómo te sentiste.
4. ¿Cómo consideras que el ABP puede beneficiar en tu vida académica?



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
MÓDULO
ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN EL ÁREA DE LA SALUD**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado de México, a __ de _____ del 2019
Yo: _____ Estudiante de la
Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Carrera de Enfermería, por medio
de la presente manifiesto que soy libre de participar en el proyecto de
investigación “EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS COMO
ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA LA ATENCIÓN DE LA PERSONA
ADICTA EN URGENCIAS POR ENFERMERÍA” por las pasantes de la carrera
de Enfermería: López Aguado Olmos Alexia y Navarrete Mejorada Andrea con
el asesoramiento de la Dra. Tapia Pancardo Diana Cecilia.” Tal y como lo señala
la Ley General de Salud, Título Quinto, Capítulo único, Artículo 100. La
investigación antes mencionada tiene por objetivo: Establecer la influencia del
aprendizaje basado en problemas durante el manejo y atención de la persona
adicta en urgencias por enfermería. Por ello seré participe de una entrevista
semi-estructurada. Siendo de mi conocimiento que los datos que sean
recabados serán utilizados únicamente con fines de investigación. He sido
informado (a) de que puedo retirarme destilación en el momento que así lo
considere.

Firma de la participante

Firma del responsable