



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA ENSAME



PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE MONTEVIDEO

Autores:

Br. Acosta, Bruno
Br. Duque, Alexis
Br. Hladki, Eliana
Br. Rolón, Vanessa
Br. Tabeira, Gonzalo

Tutores:

Prof. Adj. Esp. Luz Vázquez
Prof. Asist. Gabriel Chávez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2016

GLOSARIO

- **Adj.** Adjunto.
- **Asist.** Asistente.
- **ASSE.** Administración de los Servicios de Salud del Estado
- **Br.** Bachiller.
- **BZD.** Benzodiacepinas
- **ECT.** Electroconvulsoterapia.
- **IAE.** Intento de Auto Eliminación.
- **JND.** Junta Nacional de Drogas.
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS.** Organización Panamericana de la Salud
- **Prof.** Profesor/a.
- **VIH.** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

RESUMEN

Esta investigación fue realizada por estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando la carrera Licenciatura en Enfermería, en el marco del Trabajo Final de Investigación.

En dicha investigación, que fue basada en un estudio descriptivo, transversal, y de carácter cuantitativo, se indagó sobre una determinada población de usuarios adultos con diagnóstico de Depresión, pertenecientes a una Institución Privada de la ciudad de Montevideo, con la finalidad de determinar la prevalencia entre dicha patología y el consumo de sustancias psicoactivas.

La misma se llevó a cabo durante el período Junio - Agosto del año 2016.

Su objetivo general consistió en determinar la existencia de una relación entre el consumo problemático de sustancias psicoactivas y el diagnóstico de Depresión sobre usuarios adultos.

Como instrumento se utilizó un cuestionario sociodemográfico con variables preestablecidas, tomando previamente como referencia un instrumento ya establecido por la OMS.

En base a los resultados obtenidos podemos decir que un 89% de los usuarios consumidores de sustancias psicoactivas, consideró que el estado depresivo lo llevó a consumir, mientras que sólo un 11% considera que no tuvo relación. Esto se encuentra directamente relacionado con la placidez que genera el consumo de sustancias psicoactivas durante la crisis depresiva, representado por un 85% de los casos.

Palabras Claves: Depresión, Consumo Problemático, Sustancias Psicoactivas.

Tabla de Contenidos

Introducción.....	Pág. 6
Planteamiento del Problema.....	Pág. 7
Justificación.....	Pág 8-9.
Antecedentes.....	Pág10-11.
Fundamento teórico.....	Pág.12-31
Objetivos.....	Pág.32
Metodología.....	Pág.33
Plan de Análisis.....	Pág.34-42
Consideraciones Éticas.....	Pág.43
Resultados.....	Pág.44-65
Análisis.....	Pág.66-67
Conclusión.....	Pág.68
Sugerencias.....	Pág.69
Anexo I: Instrumento.....	Pág.70-77
Anexo II: Cuestionario	
Anexo III: Consideraciones Éticas	
Anexo IV: Recursos	
Anexo V: Cronograma de Actividades	

INTRODUCCIÓN

Esta investigación fue realizada por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, plan de estudio 1993, cursando la carrera Licenciatura en Enfermería; en el marco de la propuesta programática del Trabajo de Investigación, correspondiente al cuarto ciclo.

El objetivo de la misma consiste en identificar si existe prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios con diagnóstico de Depresión que se encuentran hospitalizados en una Institución Privada de la ciudad de Montevideo.

Hoy en el Uruguay existen 600 mil personas aproximadamente que sufren de depresión, donde el 80% de éstas, desconoce que padece la enfermedad. Estudios epidemiológicos realizados en centros de tratamiento de Panamá revelan que alrededor de la mitad de los individuos diagnosticados con abuso o dependencia de alcohol u otras drogas, también tienen asociado un diagnóstico psiquiátrico. Según estos estudios, la presencia de depresión varía entre un 30% y 50% de los individuos con consumo abusivo de sustancias.

La importancia de estos trastornos psiquiátricos y el consumo de sustancias, radica en su efecto negativo sobre el curso, tratamiento y pronóstico de ambos trastornos; con repercusiones en la esfera individual, familiar y social.

Planteamiento del Problema

¿Qué prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas presentan los usuarios con diagnóstico de depresión, hospitalizados en un centro privado de la ciudad de Montevideo, en el período comprendido entre Junio - Agosto del año 2016?

Justificación

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Asimismo, esta organización internacional indica que la depresión va a ser la primera causa de discapacidad mental que contribuya a la adquisición de enfermedades en el mundo para el año 2020 (OMS, 2008).¹

Hoy en el Uruguay existen 600 mil personas que sufren de depresión pero el 80 por ciento —es decir 480 mil personas— desconocen que padecen esta enfermedad.²

Datos del Área de Captación de Estudios Epidemiológicos reveló que alrededor de la mitad de los individuos diagnosticados con abuso o dependencia de alcohol u otras drogas también tienen un diagnóstico psiquiátrico. La presencia de depresión varía entre un 30% y 50%, trastornos de ansiedad (28%), trastornos del estado de ánimo (26%), personalidad antisocial (18%) y esquizofrenia (7%).

La importancia de los trastornos mentales y consumo de sustancias radica en su efecto negativo sobre el curso, el tratamiento y el pronóstico de ambos trastornos, con repercusiones en la esfera individual y familiar de quienes lo padecen. En la esfera individual produce déficit cognitivo, problemas interpersonales, daño emocional y biológico.

Por otro lado, las características sociodemográficas de las personas (edad, género, nivel educativo, empleo, raza o etnia, ingresos económicos, antecedentes judiciales, distrés psicológico y sus diferentes grado) aportan a la presencia o no de comorbilidad; y las propiedades específicas de las drogas (tipo de droga consumida, edad de inicio, vía de consumo), contribuyen a la aparición de un patrón de consumo.

Respecto al impacto sobre las familias, suele producir sentimientos de vergüenza, culpa, estigma, y desesperación.³

Una de las motivaciones de esta investigación es identificar la comorbilidad que hay en los usuarios que padecen de una depresión de cualquier índole a los que se suma el consumo abusivo de sustancias

¹ Organización Mundial de la Salud. La depresión. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> [consulta: 7 abr 2015].

² Fundación Cazabajones. La epidemia de depresión en el Uruguay. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.fundacioncazabajones.org/depresion_en_uruguay.php [consulta: 20 ago 2016].

³ Domenech D, Mann R, Strike C, Brands B, Khenti A. Estudio de la prevalencia de la comorbilidad entre el distrés psicológico y el abuso de drogas en usuarios del Portal Amarillo, Montevideo - Uruguay. Texto Contexto Enferm [Internet] 2012; 21(spe):174-84. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000500022&script=sci_arttext [consulta: 20 ago 2016].

psicoactivas.

Estudios internacionales han considerado destacar la fuerte asociación que existe entre el IAE y los desórdenes mentales, principalmente con los trastornos depresivos y sus factores de riesgo, que incluyen el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas.⁰

Por este tema hay una gran inquietud porque además de aumentar rápidamente, también existe un gran incremento en el abuso del alcohol y de drogas psicoactivas lícitas e ilícitas.

Cuando el individuo padece de depresión, que en el 80 % de los casos no lo sabe, trata de defenderse de esa sensación extraña que tiene, y lo hace ingiriendo alguna sustancia que alivia sus síntomas.²

Como integrantes del equipo de salud, enfermería está capacitada para identificar signos y síntomas de depresión, actuando y colaborando con su tratamiento oportuno, evitando así que el consumo abusivo de sustancias agrave la situación de la persona, su familia, y el entorno laboral y social.

ANTECEDENTES

Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas **(América latina)**

“El uso y dependencia de sustancias psicoactivas representan un factor significativo en el incremento de la carga total de morbilidad a nivel mundial. El Informe Mundial de la Salud 2002 (OMS) estableció que el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4,0% al tabaco, 4,1% al alcohol y 0,8% a las drogas ilícitas. En muchos países el impacto del uso y dependencia de sustancias psicoactivas se relaciona con un amplio conjunto de problemas de salud y de exclusión social, que contribuyen a la expansión de la carga de morbilidad entre los cuales resalta el aumento del VIH/SIDA a través del uso de drogas intravenosas. En el presente libro sobre neurociencias de las adicciones, la OMS ha procurado proporcionar por primera vez una descripción general y completa de los factores biológicos y bioquímicos relacionados con el uso y la dependencia de sustancias psicoactivas, como resultado de los conocimientos acumulados en los últimos 20 a 30 años. Además, el libro destaca los mecanismos de acción de los diferentes tipos de sustancias psicoactivas, y explica las formas en que su uso puede desencadenar en el síndrome de la dependencia.

Aunque se focaliza más en los mecanismos cerebrales de los neurotransmisores, el libro también examina los factores sociales y ambientales que influyen en el uso y la dependencia de las sustancias y las implicaciones éticas de las nuevas estrategias de intervención biológica. La traducción y distribución de este libro en América Latina se hace con el fin de lograr una mayor disponibilidad y difusión de estudios en lenguaje español, además de una mayor comprensión de los efectos bioquímicos del consumo de drogas. También se pretende lograr una mayor sensibilización en el sector político, el sistema judicial, de protección social, agencias coordinadoras, así como profesionales de la salud, educadores y la población general. En estudios de prevalencia realizados en América Latina con adolescentes se ha encontrado que existe baja percepción de daño relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (Observatorio Interamericano sobre Drogas, OID/CICAD, SIDUC 2004). Si bien queda aún mucho por investigar en el ámbito del consumo y la dependencia de sustancias, el presente libro amplía los conocimientos acerca de la naturaleza de las adicciones y sus posibles aplicaciones en la elaboración de políticas más adecuadas. La publicación y distribución de este libro en español ha sido posible gracias al trabajo conjunto entre la Organización Panamericana de la Salud, oficina ix regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA). Creemos en la importancia de este libro y de los aportes presentados basados en evidencias científicas sobre el uso y dependencias de sustancias, los cuales permitirán establecer un mayor compromiso de los Ministerios de Salud, las Comisiones Nacionales de Drogas, las instancias normativas, científicos, docentes, profesionales de la salud y estudiantes para responder más adecuadamente a los problemas relacionados al uso de sustancias, dentro del ámbito de la salud pública”.⁴

4. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. [Internet]. 2005. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf [consulta: 5 jun 2015].

FUNDAMENTO TEÓRICO

- Depresión:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos, psicoterapia profesional, y en ocasiones ECT (Electroconvulsoterapia).⁵

Datos y cifras (OMS - 2012)

- La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.
- Hay tratamientos eficaces para la depresión.⁶

El riesgo de sufrir depresión es mayor para la mujer:

El número de mujeres que sufren de depresión grave y distinta es el doble que el de los hombres.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/> [consulta: 5 jun 2015].

⁶ Organización Mundial de la Salud. La depresión. Op. Cit.

Esta proporción de dos a uno no depende de factores raciales o culturales ni de la situación económica. La misma proporción existe en otros diez países del mundo.

El mismo número de hombres y mujeres padecen de trastorno bipolar (maníaco-depresivo), pero las mujeres típicamente tienen más episodios depresivos y menos episodios de manía.

Asimismo, un número mayor de mujeres padece de una variedad de ciclos rápidos del trastorno bipolar, que puede ser más resistente al tratamiento estándar.

Se sospecha que una variedad de factores únicos en la vida de la mujer juegan un papel muy importante en la depresión.

La investigación hoy en día se concentra en entender estos factores, que incluyen: factores reproductivos, hormonales, genéticos o biológicos; el maltrato y la opresión; factores interpersonales; y ciertas características psicológicas y de personalidad. Aun así, las causas específicas de la depresión en la mujer no son claras, ya que muchas mujeres que han sido expuestas a estos factores no sufren de depresión. Lo que sí está claro es que independientemente de los factores que contribuyen a la misma, la depresión es una enfermedad para la cual disponemos de varios tratamientos eficaces.

Cómo se presenta la depresión en el hombre:

Investigaciones y hallazgos clínicos revelan que tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas típicos de la depresión. Sin embargo, a menudo los hombres y las mujeres sienten la depresión de manera diferente y pueden enfrentar los síntomas de formas diferentes.

Los hombres generalmente se quejan de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o pasatiempos favoritos y problemas de sueño, y no se quejan tanto de otros síntomas como sentimientos de tristeza, falta de autoestima y culpabilidad excesiva. Algunos investigadores cuestionan si la definición estándar de la depresión, y las pruebas de diagnóstico basadas en ésta, representan adecuadamente la enfermedad tal como se presenta en los hombres.

Los hombres tienden a reportar más que las mujeres el abuso de alcohol y drogas o dependencia en el transcurso de sus vidas. Sin embargo, existe debate entre los investigadores respecto a si el uso de sustancias tóxicas, es un “síntoma” de depresión subyacente en los hombres o es un trastorno que ocurre conjuntamente y se desarrolla con mayor frecuencia en ellos. No obstante, el uso de

sustancias tóxicas puede ocultar la depresión, haciendo que sea más difícil reconocerla como una enfermedad separada que necesita tratamiento.

En lugar de reconocer sus síntomas, pedir ayuda o solicitar el tratamiento apropiado, los hombres pueden recurrir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desanimados, enojados, irritados y algunas veces violentamente abusivos. Algunos hombres enfrentan la depresión dedicándose de manera compulsiva a su trabajo, tratando de ocultar la depresión a sí mismos, la familia y los amigos; otros hombres pueden responder a la depresión mostrando comportamiento temerario, es decir arriesgándose y poniéndose en situaciones peligrosas.

La muerte por suicidio es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres, aunque las mujeres tienden a tener más intentos de suicidio que los hombres, cuando se considera el número promedio de intentos por vida. Además del hecho de que los métodos que usan los hombres para intentar suicidarse son generalmente más letales que los que usan las mujeres, es posible que hayan otros factores que protegen a las mujeres contra la muerte por suicidio. Estudios de investigación indican que el suicidio se asocia con la depresión con frecuencia. Por lo tanto, el alarmante índice de suicidio en los hombres puede reflejar el hecho de que los hombres solicitan tratamiento para la depresión con mucha menos frecuencia. Muchos hombres con depresión no obtienen el diagnóstico y tratamiento adecuados. En muchos casos, dicho tratamiento podría salvarles la vida.

“Cuando me sentía deprimido, ponía mi vida en situaciones de peligro. No me importaba la manera en que conducía el automóvil, no me importaba cruzar la calle con cuidado, no me importaba caminar por áreas peligrosas de la ciudad. No me afectaban las advertencias de ningún tipo respecto a viajes o lugares de destino. No me importaba nada. No me importaba vivir o morir así que hacía lo que quería y cuando quería. Y cuando uno se arriesga de esa manera, las probabilidades de morir son mayores”. (Bill Maruyama, Abogado)

“Y de pronto uno comienza a tener buenos pensamientos sobre uno mismo, mejora la autoestima, y miras hacia atrás ese camino difícil, fangoso y lleno de tierra que acabas de recorrer y te das cuenta que ahora estás en uno de asfalto suave y dices ‘¡qué viaje tan increíble!’. Todavía falta mucho por recorrer, pero no desearía tomar ese otro camino nunca más’.”⁷

- Tipos de depresión:

⁷ Fundación Cazabajones. Cómo se presenta la depresión en el hombre. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.fundacioncazabajones.org/depresion_hombre_presentacion.php [consulta: 6 jul 2015].

Los tres tipos más comunes son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

El trastorno bipolar es otro tipo de depresión, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos, y se puede dar en tres formas: con episodios maníacos y depresivos, episodios sólo depresivos, o episodios sólo maníacos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. (11)

Fase depresiva:

- Tristeza
- Desesperanza
- Estima baja
- Astenia (Fatiga psíquica y física)
- Inhibición Psicomotriz
- Sentimientos de culpa
- Ideas delirantes
- Ideas de muerte
- Inapetencia
- Trastornos del sueño

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. (9)

- **Causas:**

Factores genéticos:

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. No todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

Factores Bioquímicos:

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el “desequilibrio bioquímico” de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

El ambiente y otros factores de estrés:

Los siguientes se han definido como factores que contribuyen a la depresión: la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, o un cambio significativo en la vida. A veces el comienzo de la depresión ha sido asociado con el de una enfermedad física aguda o crónica. Además, aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhiben de alguna manera un trastorno de alcoholismo o farmacodependencia.

Otros factores psicológicos y sociales:

Las personas con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. La crianza y las expectativas relacionadas con el sexo femenino pueden contribuir al desarrollo de estos rasgos. Aparentemente, los patrones de

pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia.

Algunos expertos han sugerido que la crianza tradicional de las niñas puede fomentar estos rasgos y posiblemente es un factor determinante en la alta incidencia de depresión en la mujer.⁸

- **Tratamiento de la depresión:**

Hay varios tipos de medicamentos para tratar la depresión. Estos incluyen medicamentos antidepresivos, principalmente los inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina, y medicamentos como los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa.

Los inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina, que afectan a los neurotransmisores tales como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico probará varios antidepresivos antes de encontrar el medicamento o la combinación de medicamentos más eficaces para el paciente. Algunas veces la dosis deberá aumentarse para que sea eficaz. Aunque es posible observar alguna mejoría durante las dos primeras semanas de tratamiento, los medicamentos antidepresivos deben tomarse con regularidad durante tres a cuatro semanas (y en algunos casos hasta ocho semanas) antes de que pueda observar el efecto terapéutico completo.

A menudo los pacientes tienen la tentación de suspender los medicamentos demasiado pronto. Quizás se sientan mejor y piensen que ya no necesitan los medicamentos, o pueden pensar que los medicamentos no están ayudando. Es importante continuar tomando el medicamento para que funcione, aunque los efectos secundarios pueden aparecer antes de que se observe la actividad del antidepresivo. Cuando la persona se sienta mejor, es importante que continúe tomando el medicamento por cuatro a nueve meses por lo menos, para evitar una recurrencia de la depresión.

Algunos medicamentos deben suspenderse gradualmente para que el organismo se ajuste, y muchos pueden producir síntomas de abstinencia si se suspenden de manera abrupta. Por lo tanto, los medicamentos nunca deben suspenderse sin consultar con su médico. En el caso de personas que sufren de trastorno bipolar y los que sufren de depresión mayor crónica o recurrente, los medicamentos pueden necesitarse indefinidamente.

Estudios de investigación indican que para las personas que sufren de trastorno bipolar existe el riesgo

de cambiar a manía, o de desarrollar episodios cíclicos rápidos, durante el tratamiento con antidepresivos.

Por lo tanto, generalmente se requiere el uso de medicamentos para la “estabilización del estado de ánimo”, ya sea solos o en combinación con antidepresivos, para proteger contra este cambio a las personas con trastorno bipolar. Actualmente los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo más comúnmente usados son el litio y el valproate.

Los medicamentos para los trastornos depresivos no son adictivos. No obstante, como en el caso de cualquier tipo de medicamento recetado por más de unos cuantos días, estos tratamientos deben vigilarse cuidadosamente para determinar si se está administrando la dosis más eficaz. El médico verificará con regularidad la dosis y la eficacia de cada medicamento.

En el caso del pequeño número de personas para quienes los inhibidores de la monoaminoxidasa es el mejor tratamiento, es necesario evitar algunos alimentos que contienen altos niveles de tiramina, entre ellos muchos quesos y vinos, así como medicamentos tales como descongestionantes. La interacción de la tiramina con los inhibidores de la monoaminoxidasa puede causar una crisis de hipertensión, un aumento agudo de la tensión arterial que podría provocar una apoplejía.

El médico debe proporcionar una lista completa de los alimentos prohibidos que el paciente deberá llevar consigo en todo momento. Otras formas de antidepresivos no tienen restricciones alimenticias.

Otros profesionales del cuidado médico, tales como dentistas u otros especialistas médicos, que pueden recetar medicamentos deben ser informados de los medicamentos que toma el paciente. Algunos medicamentos, aunque son seguros cuando se toman solos, si se toman con otros pueden causar efectos secundarios graves y peligrosos.

Las bebidas alcohólicas, incluyendo el vino, la cerveza y los licores de alto contenido alcohólico, o las drogas que se obtienen en la calle deben evitarse, ya que pueden reducir la eficacia de los antidepresivos. Sin embargo, algunas personas que no han tenido problemas de abuso o dependencia del alcohol pueden tener permiso de sus médicos para consumir una pequeña cantidad de alcohol mientras toman antidepresivos.

Los efectos secundarios:

Antes de comenzar a usar un nuevo medicamento, se debe de consultar al médico acerca de los efectos secundarios que puedan ocasionar. En algunas personas los antidepresivos pueden causar efectos secundarios leves y, generalmente, temporales (algunas veces llamados efectos colaterales o adversos). Normalmente, éstos son molestos, pero no graves. Sin embargo, cualquier efecto secundario o reacción inusual, o que interfiera con el funcionamiento, debe comunicarse al médico inmediatamente.

Los efectos secundarios más comunes de **antidepresivos** son:

- Dolores de cabeza — generalmente desaparecen.
- Náusea — también es temporal, pero aun cuando ocurre, es transitoria después de cada dosis.
- Nerviosismo e insomnio (problemas para conciliar el sueño o despertarse a menudo durante la noche) — pueden ocurrir durante las primeras semanas; generalmente se resuelven con el transcurso del tiempo o reduciendo la dosis.
- Agitación (inquietud) — si sucede por primera vez después de tomar el medicamento y no desaparece rápidamente, debe notificarse al médico.
- Problemas sexuales — este tipo de problema debe informarse al médico si es persistente o preocupante.

Aunque la depresión puede disminuir el libido y afectar el comportamiento sexual, se ha establecido claramente que los inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina y otros antidepresivos altamente serotoninérgicos (por ejemplo, la clomipramina antidepresiva tricíclica) provocan disfunción sexual dependiendo de la dosis, independientemente de su actividad terapéutica tanto en hombres como en mujeres.

En los hombres, los problemas comunes incluyen menor impulso sexual, problemas de erección y eyaculación retardada.

Los **antidepresivos tricíclicos** tienen diferentes tipos de efectos secundarios:

- Boca seca — para aliviar este efecto secundario, beber sorbos de agua; masticar goma de mascar sin azúcar; cepillarse los dientes diariamente.
- Estreñimiento — incluir en su dieta cereales con un contenido alto de fibra como los cereales de salvado, ciruelas, fruta y vegetales.
- Problemas de la vejiga urinaria — vaciar la vejiga puede ser difícil y el flujo de orina puede ser más débil que lo normal; informe al médico si tiene una dificultad marcada o dolor; puede ser particularmente problemático en hombres de edad avanzada con trastorno de próstata dilatada.
- Problemas sexuales — el funcionamiento sexual puede cambiar; el hombre puede perder interés en las relaciones sexuales, tener dificultad para mantener la erección o para lograr el orgasmo. Si estos efectos secundarios causan preocupación, converse sobre ellos con el médico.
- Visión nublada — pasará pronto y generalmente no necesitará anteojos.

- Mareos
- Somnolencia durante el día — generalmente pasa pronto. Los antidepresivos con mayor efecto sedante generalmente se toman a la hora de acostarse para ayudar a dormir y reducir al mínimo la somnolencia durante el día.

Las psicoterapias:

Varias formas de psicoterapia, incluyendo terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ayudar a las personas con trastornos depresivos. Dos tipos de psicoterapia a corto plazo que los estudios de investigación han demostrado ser eficaces para la depresión son la terapia cognoscitiva-de comportamiento y la terapia interpersonal. La terapia cognoscitiva-de comportamiento ayuda a los pacientes a cambiar patrones negativos de pensamiento y comportamiento que contribuyen a la depresión o son resultado de ésta.

A través del intercambio verbal con el terapeuta y la asignación de “ejercicios” que se realizan en casa entre una sesión y otra, la terapia cognoscitiva-de comportamiento ayuda a los pacientes discernir y resolver problemas relacionados a su depresión. Los terapeutas interpersonales ayudan a los pacientes a resolver relaciones personales problemáticas que pueden estar contribuyendo a la depresión o empeorándola.

Una variedad de profesionales de la salud mental certificados ofrecen servicios de psicoterapia, entre ellos, los psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y consejeros sobre la salud mental.

Para muchos pacientes con depresión, especialmente aquellos que sufren depresión moderada a severa, una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia es el método de tratamiento preferido. Algunos psiquiatras ofrecen ambos tipos de intervención.

- La depresión simultáneamente con otras enfermedades:

La depresión puede presentarse junta con otras enfermedades. En tales casos, es importante diagnosticar y tratar tanto la depresión como las otras enfermedades.

Investigaciones han demostrado que los trastornos de ansiedad, que incluyen trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada, se manifiestan frecuentemente junto con la depresión.

La depresión se presenta con frecuencia en personas que sufren de trastorno de estrés postraumático, una enfermedad debilitante que puede ocurrir después de una experiencia aterradora en la que ocurrió

un daño físico grave o hubo una grave amenaza.

Los eventos traumáticos que pueden causar la manifestación del trastorno de estrés postraumático incluyen ataques violentos, tales como violación sexual o robo violento, desastres naturales, accidentes, entre otros. Los síntomas postraumáticos incluyen el volver a experimentar el evento traumático a través de recuerdos con imágenes muy vívidos y pesadillas; perturbaciones del sueño; irritabilidad; sentimiento intenso de culpa; y evitar recuerdos o pensamientos del evento traumático.

El uso de sustancias tóxicas (abuso o dependencia) con frecuencia también se presenta junto con los trastornos depresivos. Estudios de investigación han revelado que las personas que sufren de alcoholismo tienen una propensión doble a la de las personas no alcohólicas para sufrir depresión mayor. Además, más de la mitad de las personas que sufren de trastorno bipolar tipo I (con manía severa) recurren también al uso de sustancias tóxicas, como el alcohol y las drogas.

La depresión se encuentra en mayor proporción en personas que sufren de otras enfermedades graves como las enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, cáncer, VIH, diabetes y la enfermedad de Parkinson. Algunas veces los síntomas de la depresión se confunden con los síntomas de estas otras enfermedades.⁽¹⁾

Sin embargo, estudios de investigación han demostrado que la depresión, cuando se presenta junto con otras enfermedades, puede y debe ser tratada, y en muchos casos tratar la depresión puede favorecer también el proceso de recuperación de las otras enfermedades.⁹

Adicciones:

En Uruguay, la Junta Nacional de Drogas (JND) es la institución responsable del establecimiento de las políticas nacionales de prevención, tratamiento, rehabilitación y castigo (Decretos 463/1988, 346/1999, 170/2000), en relación con el fenómeno de las drogas. Estas funciones son ejecutadas por los organismos con responsabilidades específicas en sus respectivas áreas, de acuerdo con las leyes y reglamentos.

En 2005, el Ministerio de Salud Pública en coordinación con la JND, crea el Portal Amarillo, Centro Nacional de Información y Referencia Red Drogas, consolidándose un paso fundamental en la construcción de una Red de Atención con un mecanismo fluido de referencia y contrarreferencia, y

⁹Fundación Cazabajones. La depresión simultáneamente con otras enfermedades. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.fundacioncazabajones.org/depresion_otras_enfermedades.php [consulta: 18 mar 2016].

articulador del conjunto de efectores de Salud del primer nivel de atención. Es una Institución Pública dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que brinda atención a consumidores de sustancias psicoactivas a través de un equipo interdisciplinario (psiquiatras de adultos e infantil, toxicólogos, internista, epidemiólogo, licenciados en psicología, asistentes, trabajadores y educadores sociales, licenciados y auxiliares de enfermería, talleristas de teatro y cine, cocina, panadería, costura, manualidades, huerta, música y biblioterapia, maestra), y con distintos dispositivos terapéuticos para cumplir sus funciones: servicio de atención telefónica; Grupos T de usuarios (grupos terapéuticos de acogida, transicionales o transitorios); unidad de admisión; programa Ambulatorio (espacio individual: policlínica de psiquiatría, adolescentes, toxicología, medicina interna, psicoterapia; grupos terapéuticos: T2, prevención de recaídas, grupo de género, adolescentes, seguimiento; grupos de familia, y talleres); centro diurno y residencial.¹⁰

La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados.

Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas.

La adicción es muy similar a otras enfermedades, como las enfermedades cardíacas. Ambas perturban el funcionamiento normal y saludable del órgano subyacente, tienen serias consecuencias nocivas y son evitables y tratables, pero en caso de no tratarlas, pueden durar toda la vida.

La mayoría de las drogas de las que se abusa producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación inicial de euforia es seguida por otros efectos, que varían según el tipo de droga que se consume. Por ejemplo, con estimulantes como la cocaína, la sensación de euforia es seguida por sentimientos de poder, confianza en uno mismo y mayor energía. En contraste, la euforia causada por opiáceos como la heroína es seguida por sentimientos de relajación y satisfacción.

Algunas personas que sufren de ansiedad social, trastornos relacionados con el estrés y depresión,

¹⁰ Fundación Cazabajones . La epidemia de depresión en el Uruguay. Op. Cit.

comienzan a abusar de las drogas en un intento por disminuir los sentimientos de angustia.

El estrés puede jugar un papel importante en el inicio del consumo de drogas, la continuidad en el abuso de drogas o la recaída en pacientes que se recuperan de la adicción.

Cuando se consume una droga por primera vez, las personas pueden percibir los que parecen ser efectos positivos; también pueden creer que pueden controlar su consumo. Sin embargo, las drogas pueden apoderarse rápidamente de la vida de una persona.

Con el tiempo, si el consumo de drogas continúa, otras actividades placenteras se vuelven menos agradables, y las drogas se vuelven necesarias para que el consumidor se sienta “normal.”

Luego, es posible que busquen y consuman drogas compulsivamente, a pesar de que estas les causan tremendos problemas a ellos y a sus seres queridos. Algunos pueden comenzar a sentir la necesidad de tomar dosis más altas o más frecuentes, incluso en las primeras etapas del consumo. Estos son los signos reveladores de una adicción.

Por lo general, la decisión inicial de consumir drogas es voluntaria. Sin embargo, con el consumo continuo, la capacidad de una persona para ejercer el autocontrol puede verse seriamente afectada. Este deterioro en el autocontrol es el sello distintivo de la adicción. Estudios de imágenes cerebrales de personas con adicciones muestran cambios físicos en áreas del cerebro que son esenciales para el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje y la memoria, y el control del comportamiento. Los científicos creen que estos cambios alteran la forma en la que funciona el cerebro y pueden ayudar a explicar los comportamientos compulsivos y destructivos de la adicción.

No existe un solo factor que determine si una persona se convertirá en adicto a las drogas.

Al igual que con cualquier otra enfermedad, la vulnerabilidad a la adicción varía de persona a persona, y no existe un solo factor que determine si una persona se volverá adicta a las drogas. En general, cuantos más factores de riesgo tenga una persona, mayor es la probabilidad de que el consumo de drogas se convierta en abuso y adicción. Por otra parte, los factores de protección reducen el riesgo de la persona de desarrollar una adicción. Los factores de riesgo y de protección pueden ser ambientales

(como las situaciones del hogar, la escuela y el vecindario) o biológicos (por ejemplo, los genes de la persona, su estado de desarrollo e incluso su género u origen étnico).

Factores de riesgo	Factores de protección
Comportamiento agresivo en la infancia	Buen autocontrol
Falta de supervisión	Supervisión de los padres y apoyo parental
Habilidades sociales deficientes	Relaciones positivas
Experimentación con las drogas	Competencia académica
Disponibilidad de drogas en la escuela	Políticas escolares contra las drogas
Pobreza en la comunidad	Fuertes lazos en la comunidad

La influencia del entorno hogareño, especialmente durante la infancia, es un factor muy importante. Los padres o los miembros mayores de la familia que abusan del alcohol o las drogas, o que manifiestan comportamientos criminales, pueden aumentar el riesgo de que ellos también desarrollen problemas con las drogas.

Los amigos y conocidos pueden tener una influencia cada vez mayor durante la adolescencia. Si estos pares consumen drogas, pueden convencer hasta a quienes no tienen factores de riesgo de que las prueben por primera vez. El fracaso escolar o la falta de habilidades sociales pueden poner a un niño en mayor riesgo de consumir o convertirse en adicto a las drogas.

Los científicos estiman que los factores genéticos explican entre el 40 y el 60 por ciento de la vulnerabilidad de una persona a la adicción. Esto incluye los efectos de los factores ambientales en el funcionamiento y la expresión de los genes de una persona. Otros factores incluyen la etapa de desarrollo y otras condiciones médicas que pueda tener una persona. Los adolescentes y las personas con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de abuso y adicción a las drogas que la población general.

Las primeras interacciones de los niños dentro de la familia son cruciales a la hora de determinar su desarrollo saludable y mitigar el riesgo de abuso de drogas.

Aunque consumir drogas a cualquier edad puede desencadenar una adicción, las investigaciones muestran que cuanto más temprana es la edad de iniciación a las drogas, más probable es que la persona desarrolle problemas graves. Esto puede reflejar el efecto nocivo que tienen las drogas sobre el cerebro en desarrollo.

También puede ser el resultado de una combinación de factores de vulnerabilidad social y biológica a una edad temprana, que incluye las relaciones familiares inestables, la exposición al abuso físico o sexual, la susceptibilidad genética o las enfermedades mentales. Aun así, el hecho es que el consumo a temprana edad es un fuerte indicador de problemas futuros, incluida la adicción.

Fumar una droga o inyectarla en una vena aumenta su potencial adictivo. Tanto las drogas que se fuman como las que se inyectan penetran al cerebro en segundos, produciendo una intensa ráfaga de placer. Sin embargo, esta intensa euforia puede desaparecer en unos pocos minutos, llevando al adicto a niveles más bajos y normales. Los científicos creen que este pronunciado contraste impulsa a algunas personas al consumo reiterado de drogas, en un intento por recuperar el fugaz estado placentero.

La adicción es una enfermedad del desarrollo que por lo general comienza en la niñez o en la adolescencia.

¿Cómo funcionan las drogas en el cerebro para producir placer?

La mayoría de las drogas adictivas, directa o indirectamente, atacan al sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina.

La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y los sentimientos de placer. Cuando se activa a niveles normales, este sistema recompensa nuestros comportamientos naturales. Sin embargo, la sobreestimulación del sistema con drogas produce efectos de euforia, que refuerzan fuertemente el consumo—y le enseñan al usuario a repetirlo.

La mayoría de las drogas adictivas atacan el sistema de recompensas del cerebro, llenándolo de dopamina.

¿Qué le pasa al cerebro si continúa consumiendo drogas?

Para el cerebro, la diferencia entre las recompensas normales y las recompensas producidas por las drogas se puede describir como la diferencia entre alguien que susurra al oído y alguien que grita con un micrófono. Así como rechazamos el volumen demasiado alto de una radio, el cerebro se ajusta a las oleadas abrumadoras de dopamina (y otros neurotransmisores), produciendo menos dopamina o disminuyendo el número de receptores que pueden recibir señales. Como resultado, el impacto de la dopamina sobre el circuito de recompensas del cerebro de una persona que abusa de las drogas puede llegar a ser anormalmente bajo, y se reduce la capacidad de esa persona de experimentar cualquier tipo

de placer.

Así, una persona que abusa de las drogas eventualmente se siente aplacada, sin vida y deprimida, y es incapaz de disfrutar de las cosas que antes le resultaban placenteras. Ahora, la persona necesita seguir consumiendo drogas una y otra vez sólo para tratar de que la función de la dopamina regrese a la normalidad—, lo cual solo empeora el problema, como un círculo vicioso. Además, la persona a menudo tendrá que consumir cantidades mayores de la droga para conseguir el efecto deseado y que le es familiar que resulta, un fenómeno de la dopamina alta, conocido como tolerancia.

La exposición crónica a las drogas adictivas altera la forma en que las estructuras cerebrales críticas interactúan para controlar e inhibir las conductas relacionadas con el consumo de drogas. Al igual que el abuso continuo puede llevar a la tolerancia o la necesidad de dosis más altas de drogas para producir un efecto, también puede llevar a la adicción, lo que puede llevar a un consumidor a buscar y consumir drogas de forma compulsiva. La adicción a las drogas merma el autocontrol y la capacidad de una persona de tomar decisiones acertadas, a la vez que produce impulsos intensos de consumir drogas.

Tratamiento y recuperación:

La adicción es una enfermedad tratable. La investigación en la ciencia de la adicción y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias ha permitido desarrollar intervenciones basadas en la evidencia que ayudan a las personas a dejar de abusar del consumo de drogas y reanudar una vida productiva.

¿Cómo tratan las terapias conductuales la adicción a las drogas?

Los tratamientos conductuales ayudan a que la persona participe en el tratamiento de trastornos provocados por el consumo de sustancias, modificando sus actitudes y comportamientos relacionados con el consumo de drogas y el aumento de sus habilidades para la vida, con el propósito de manejar circunstancias estresantes e indicios ambientales que podrían desencadenar una intensa ansia de drogas y dar lugar a otro ciclo de consumo compulsivo. Las terapias conductuales también pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y ayudar a las personas a permanecer más tiempo en el tratamiento.

El tratamiento debe dirigirse a la persona de manera integral.

¿Cómo hacen los mejores programas de tratamiento para ayudar a los pacientes a recuperarse de los efectos generalizados de la adicción?

Adquirir la capacidad de dejar de abusar de las drogas es solo una parte de un largo y complejo proceso de recuperación. Cuando las personas inician un tratamiento por un trastorno causado por el consumo de sustancias, a menudo la adicción ha tomado el control sobre sus vidas.

La compulsión por obtener, consumir y experimentar los efectos de las drogas ha dominado cada minuto mientras están despiertos, y abusar de las drogas ha ganado más importancia que todas las cosas que antes les gustaba hacer. Ha afectado su funcionamiento en su vida familiar, en el trabajo y en la comunidad, y los ha hecho más propensos a sufrir otras enfermedades graves. Debido a que la adicción puede afectar muchos aspectos de la vida de una persona, el tratamiento, para tener éxito, debe atender todas sus necesidades. Por este motivo, los mejores programas incorporan una variedad de servicios de rehabilitación en sus regímenes integrales de tratamiento.

Los terapeutas pueden seleccionar diferentes servicios para satisfacer las necesidades médicas, psicológicas, sociales y vocacionales específicas y las necesidades legales de sus pacientes, a fin de fomentar su recuperación de la adicción.

- Terapia cognitiva conductual: busca ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y hacer frente a las situaciones en las que son más propensos a abusar de las drogas.
- Reforzamiento sistemático: utiliza el refuerzo positivo, como el otorgamiento de recompensas o privilegios por estar libres de drogas, por asistir y participar en las sesiones de terapia o por tomar medicamentos para el tratamiento según las indicaciones.
- Terapia de estímulo motivacional: utiliza estrategias para producir cambios rápidos en el comportamiento, motivados internamente, para dejar de consumir drogas y facilitar el inicio del tratamiento.
- Terapia familiar (en especial para los jóvenes): aborda los problemas de drogas de una persona en el contexto de las interacciones familiares y su dinámica, que podrían contribuir al consumo de drogas y otras conductas de riesgo.¹¹

11 Estados Unidos. National Institute on Drug Abuse. La adicción y la salud. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud> [consulta: 29 mar 2016].

OBJETIVOS

Objetivo General:

- ✓ Determinar si existe relación entre el consumo problemático de sustancias psicoactivas y el diagnóstico de depresión en usuarios adultos hospitalizados en un Sanatorio Privado de Montevideo, durante el periodo comprendido entre Junio – Agosto del año 2016.

Objetivos Específicos:

- ✓ Caracterizar la población en estudio.
 - ✓ Identificar el consumo de sustancias psicoactivas en adultos que cursen una depresión.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño general de estudio:

Con el objeto de dar respuesta al planteamiento del problema se utilizó una Investigación cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, para determinar si existe relación entre la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas.

Universo de estudio:

La población del estudio estuvo conformada por el total de usuarios adultos con Diagnóstico de Depresión que se encontraron internados en el Sanatorio Privado de la ciudad de Montevideo.

Muestra y Criterio de Inclusión

-

Tipo de Muestra:

La selección de la muestra se realizó mediante muestreo por conveniencia.

Se utilizaron criterios de inclusión para la selección de los usuarios.

Éstos fueron:

- ✓ Usuarios adultos
- ✓ Internados durante el período comprendido entre julio - agosto del 2016
- ✓ Con diagnóstico médico de depresión que aceptan participar.

A los mismos se les aplicó un instrumento adaptado por los estudiantes de enfermería, donde se incluyeron algunas preguntas del cuestionario de consumo de la OMS.

Este se llevó a cabo mediante el consentimiento del usuario, bajo anonimato, manteniendo en todo momento la confidencialidad de los datos, y respetando todos aquellos usuarios que se negaran a realizarlo.

PLAN DE ANÁLISIS

Una vez finalizado el estudio de la investigación, la información obtenida será procesada en el Programa Microsoft Office Excel, versión 2016.

Dicha información será ingresada en el programa, se tabularán sus datos en tablas de frecuencia (Absoluta y Porcentual), y los resultados serán representados mediante gráficos.

Las siguientes variables serán las utilizadas:

- Edad.
- Sexo.
- Procedencia.
- Estado civil.
- Nivel de instrucción.
- Ocupación.
- Motivo de internación
- Internaciones previas.
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Redes de apoyo.
- Comienzo del diagnóstico médico psiquiátrico
- Conocimiento de patología psiquiátrica
- Consumo de sustancias durante etapa depresiva:
- Consumo y placidez durante crisis depresiva
- Motivo de consumo
- Variedad de sustancias consumidas
- Frecuencia de consumo
- Sustancia de inicio en el consumo
- Comienzo de consumo

DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **SEXO:**

- Definición conceptual:

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer o en general.

- Definición operacional:

Características sexuales observadas y referidas por el paciente: Femenino o Masculino

- Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal.

- **EDAD**

- Definición conceptual:

Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento, hasta la fecha actual, expresada en años.

- Definición operacional:

[20-35)

[35-50)

[50-65)

- Tipo de variable:

Cuantitativa, Continua.

- **PROCEDENCIA:**

- Definición conceptual:

Lugar o zona geográfica en la que habitualmente reside el usuario.

- Definición operativa:

-Montevideo

- Interior

- Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal.

- **OCUPACIÓN:**

- Definición conceptual:

Condición en la que se encuentra el usuario de recibir o no remuneración por actividades que realiza o haya realizado.

- Definición operativa:

- Estudiante.

- Empleo estable

- Desempleado

- Jubilado/Pensionista.

- Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal.

- **ESTADO CIVIL:**

- Definición conceptual:

Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

- Definición operativa:

- Soltero
- Casado
- Viudo.
- Divorciado.

- Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal.

- **NIVEL DE INSTRUCCIÓN:**

- Definición conceptual:

Nivel máximo alcanzado por el usuario en la educación formal.

- Definición operativa:

- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Estudios terciarios

- Tipo de Variable:

Cualitativa, Ordinal.

- **MOTIVO DE INTERNACIÓN**

- Definición conceptual:

Circunstancia que provoca la necesidad de llevar a cabo un tratamiento continuo y supervisado sobre el usuario en el ámbito hospitalario y/o domiciliario.

- Definición operativa:

- IAE
- Depresión
- Violencia Doméstica
- Consumo de Sustancias
- Patología Psiquiátrica
- Duelo Familiar

- Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal.

- **INTERNACIONES PREVIAS**

- Definición conceptual:

Presencia de internaciones del individuo, anteriores a la última conocida.

- Definición operativa:

- Si
- No

- Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal.

- **NÚMERO DE INTERNACIONES**

- Definición conceptual:

Cantidad de internaciones del individuo, anteriores a la última conocida.

- Definición operativa:

- 1
- 2
- 3 o más.

- Tipo de variable:

Cuantitativa, Discreta.

- **REDES DE APOYO:**

- Definición conceptual:

Construcciones simbólicas que entretejen los sistemas y subsistemas humanos con el fin de satisfacer necesidades de diverso orden entre los cuales se destaca la solidaridad y apoyo emocional entorno a situaciones que se viven en común.

- Definición operacional:

- Si
- No

- Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal.

- Definición operacional:

- Familia
- Amigos
- Instituciones

- Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal.

- **CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

- **Definición conceptual:**

- Las sustancias psicoactivas pueden ser de origen natural o sintético, y cuando se consumen por cualquier vía tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central.

- **Definición operativa:**

- Si
 - No

- **Tipo de variable:**

- Cualitativa, Nominal.

- **Definición operativa:**

- Alcohol
 - Marihuana
 - Cocaína
 - Pasta Base
 - Benzodiazepinas.

- **Tipo de variable:**

- Cualitativa, Nominal.

- **COMIENZO DE CONSUMO**

- **Definición conceptual:**

- Etapa en la cual el individuo comienza con el consumo de sustancias psicoactivas.

- **Definición operacional:**

- Adolescente (10-19)
 - Adulto joven (19-35)
 - Adulto (35-64)

- **Tipo de variable:**

- Cualitativa, Ordinal.

- **SUSTANCIA DE INICIO EN EL CONSUMO**

- Definición conceptual:
Sustancia psicoactiva con la cual el individuo comienza su consumo.
- Definición operativa:
 - Alcohol
 - Marihuana
 - Cocaína
 - Pasta base
 - Benzodicepinas
- Tipo de variables:
Cualitativa, Nominal.

- **FRECUENCIA DE CONSUMO**

- Definición conceptual:
Momento en el cual el individuo consume sustancias psicoactivas.
- Definición operacional:
 - Diaria
 - Reuniones Sociales
 - Etapa Depresiva
- Tipo de variables:
Cualitativa, Nominal.

- **VARIEDAD DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS**

- Definición conceptual:
Consumo de una o más sustancias psicoactivas por parte del individuo.
- Definición operativa:
 - Única sustancia
 - Policonsumo
- Tipo de variables:
Cuantitativa, Nominal.

- **MOTIVO DE CONSUMO**

- Definición conceptual:
Causa que lleva al individuo a comenzar con el consumo de sustancias psicoactivas.
- Definición operacional:
 - Problemas Familiares
 - Problemas Sociales
 - Curiosidad
- Tipo de variable:
Cualitativa, Nominal.

- **CONOCIMIENTO DE PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA**

- Definición conceptual:
Consciencia del individuo acerca de su diagnóstico médico psiquiátrico.

- Definición operacional:
 - Si
 - No

- Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal

➤ **COMIENZO DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO PSIQUIÁTRICO**

- Definición conceptual:

Etapas en las que el individuo recibe el diagnóstico médico psiquiátrico.

- Definición operacional:

- Menos de 5 años
- Más de 5 años

- Tipo de variable:

Cuantitativa, Discreta

➤ **CONSUMO DE SUSTANCIAS DURANTE ETAPA DEPRESIVA:**

- Definición conceptual:

Necesidad del individuo de consumir algún tipo de sustancia psicoactiva durante el transcurso de su estado depresivo.

- Definición operacional:

- Si
- No

- Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal

➤ **CONSUMO Y PLACIDEZ DURANTE CRISIS DEPRESIVA**

- Definición conceptual:

Sensación del individuo de tranquilidad ante su crisis depresiva al consumir sustancias psicoactivas.

- Definición operacional:

- Si
- No

- Tipo de variables:

Cualitativa, Nominal¹².

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo de investigación fue enviado para consideración, evaluación y aprobación por el Comité de ética de la institución elegida. Luego de aprobado, se procedió a la recolección de datos.

Los entrevistados recibieron información sobre la investigación a realizar y se solicitó su consentimiento verbal, previa explicación de su derecho de participar o no del mismo.

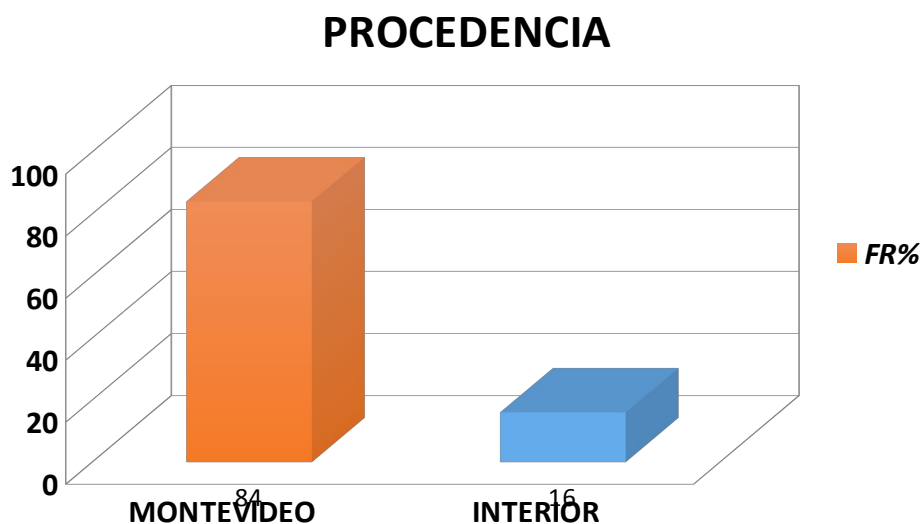
Toda la información obtenida en la investigación tuvo un manejo confidencial. Los resultados serán devueltos a la institución y presentados en el entorno académico de la Facultad de Enfermería.

RESULTADOS

Tabla N°1 Distribución de la población según la Edad, en Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, mes de Junio-Agosto del año 2016.

EDAD	FA	FR%
[20-35)	14	44
[35-50)	9	28
[50-65)	9	28
TOTAL	32	100

Gráfica N°1 Distribución de la población según la Edad

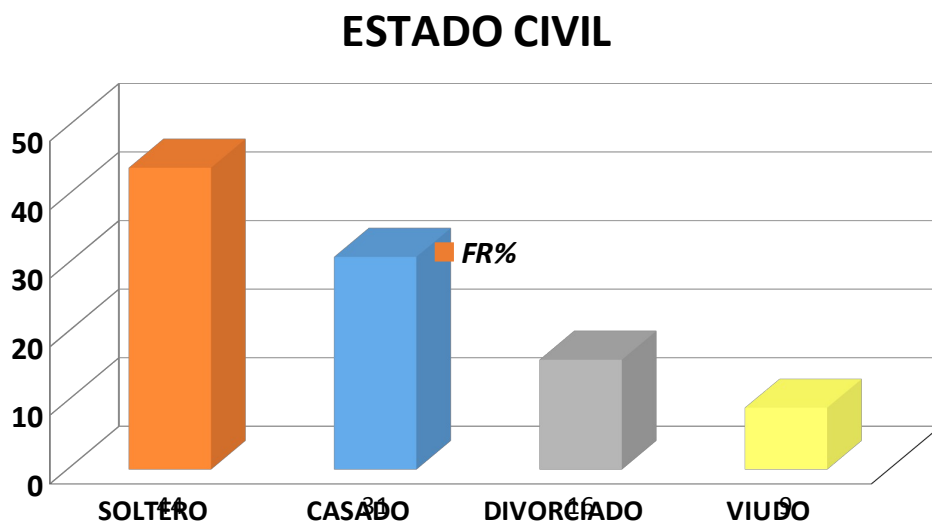


Fuente: Instrumento

Tabla N°2 Distribución de la población según Sexo, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

SEXO	FA	FR%
MASCULINO	12	37,5
FEMENINO	20	62,5
TOTAL	32	100

Gráfica N°2 Distribución de la población según Sexo.



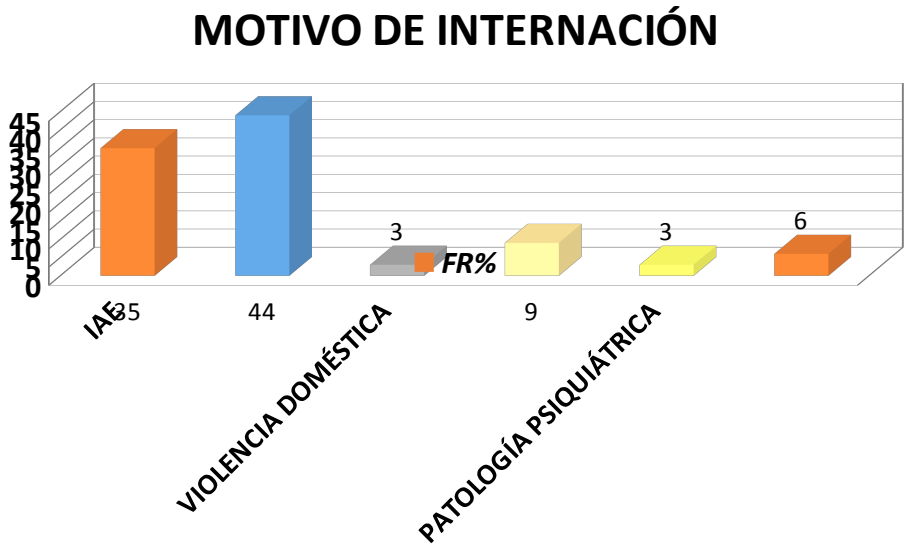
Fuente: Instrumento

Tabla N°3 Distribución de la población según Procedencia, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

PROCEDENCIA	FA	FR%
MONTEVIDEO	27	84

INTERIOR	5	16
TOTAL	32	100

Gráfica N°3 Distribución de la población según Procedencia



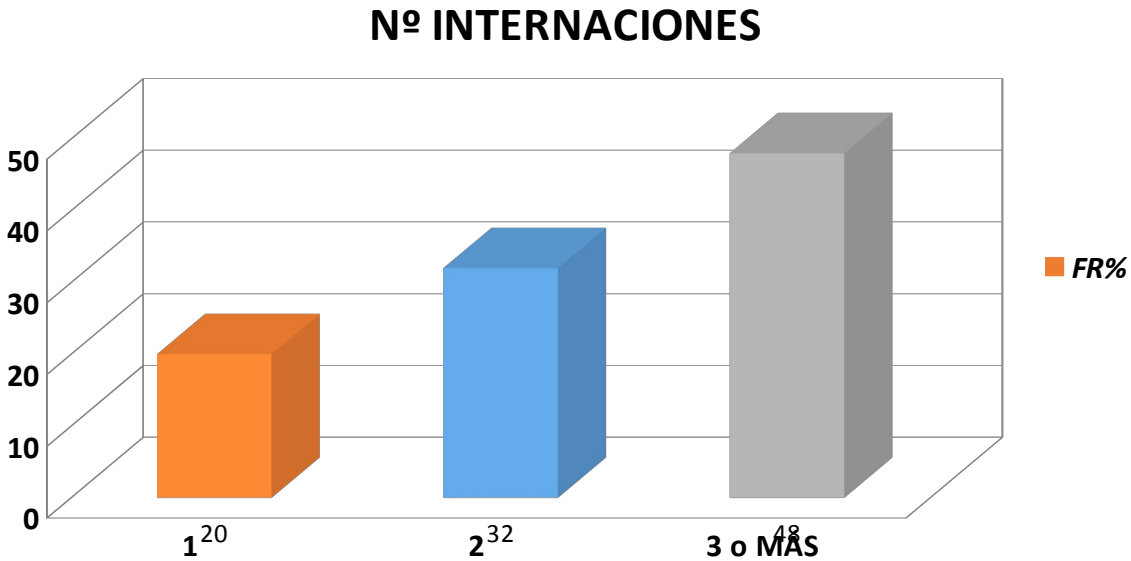
Fuente: Instrumento

Tabla N°4 Distribución de la población según Ocupación, realizado en Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

OCUPACIÓN	FA	FR%
ESTUDIANTE	3	9
EMPLEO ESTABLE	19	60
DESEMPLEADO	0	0

PENSIONISTA – JUBILADO	10	31
TOTAL	32	100

Gráfica N°4 Distribución de la población según Ocupación

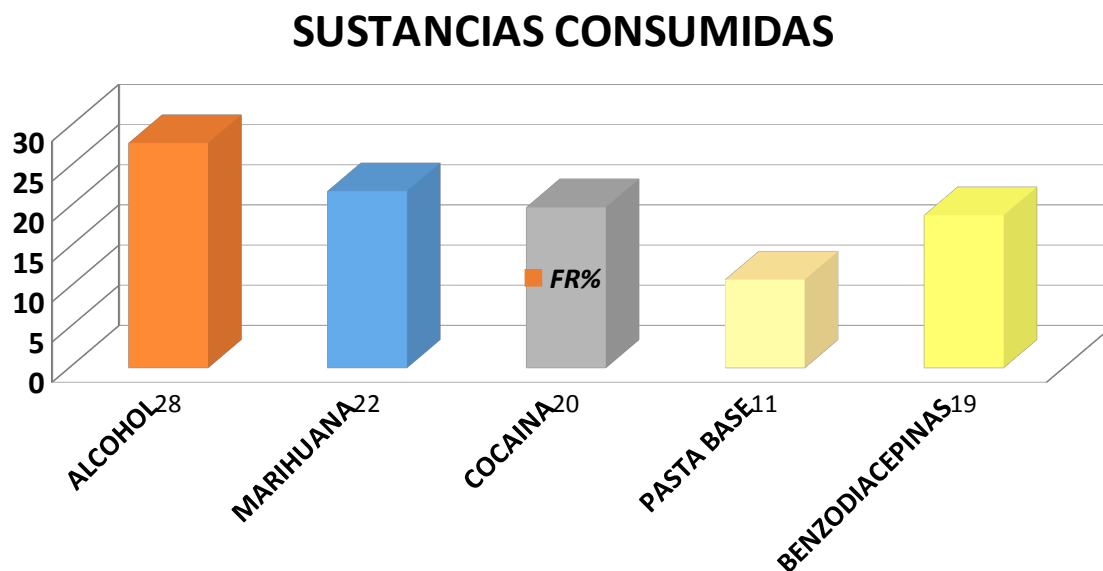


Fuente: Instrumento

Tabla N°5 Distribución de la población según Estado Civil, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

OCUPACIÓN	FA	FR%
ESTUDIANTE	3	9
EMPLEO ESTABLE	19	60
DESEMPLEADO	0	0
PENSIONISTA – JUBILADO	10	31
TOTAL	32	100

Gráfica N°5 Distribución de la población según Estado Civil



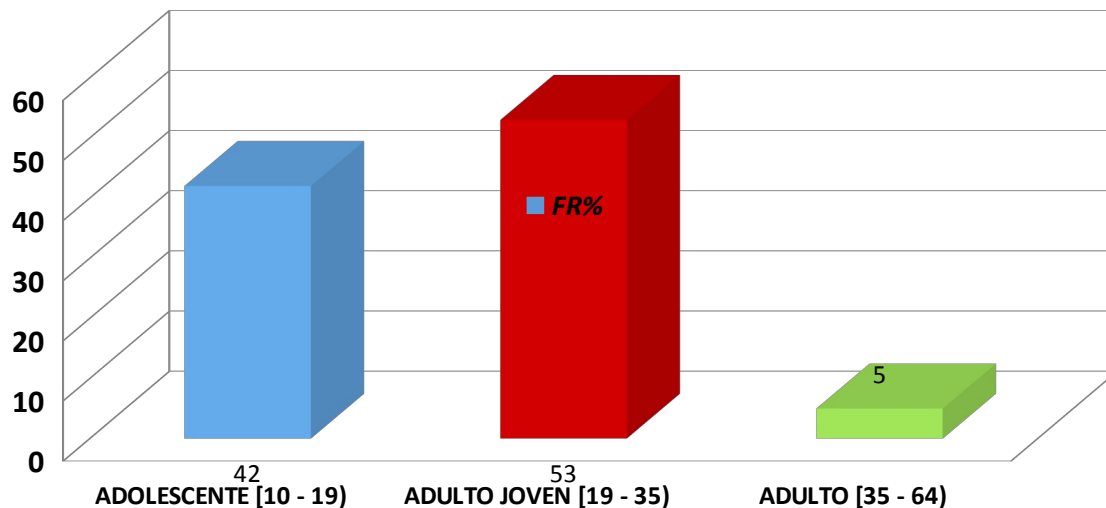
Fuente: Instrumento

Tabla N°6 Distribución de la población según Nivel de Instrucción, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR	FR%
ESTUDIOS PRIMARIOS	11	0,35	35
ESTUDIOS SECUNDARIOS	18	0,56	56
ESTUDIOS TERCARIOS	3	0,09	9
TOTAL	32	1	100

Gráfica N°6 Distribución de la población según Nivel de Instrucción

COMIENZO DE CONSUMO



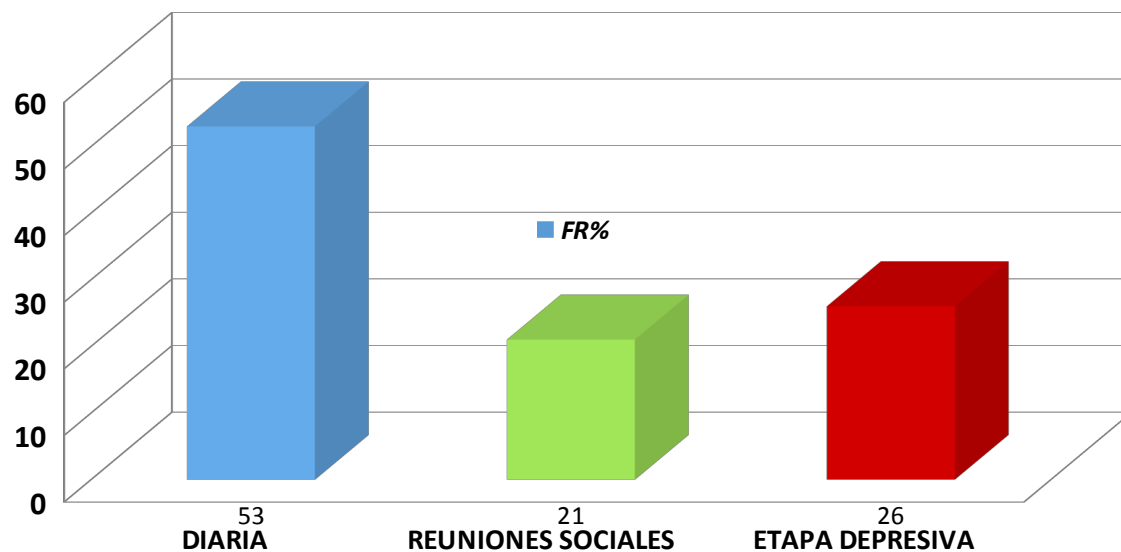
Fuente: Instrumento

Tabla N°7 Distribución de la población según Motivo de Internación, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

MOTIVO DE INTERNACIÓN	FA	FR%
IAE	11	35
DEPRESIÓN	14	44
VIOLENCIA DOMÉSTICA	1	3
CONSUMO DE SUSTANCIAS	3	9
PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	1	3
DUELO FAMILIAR	2	6
TOTAL	32	100

Gráfica N° 7 Distribución de la población según Motivo de Internación

FRECUENCIA DE CONSUMO

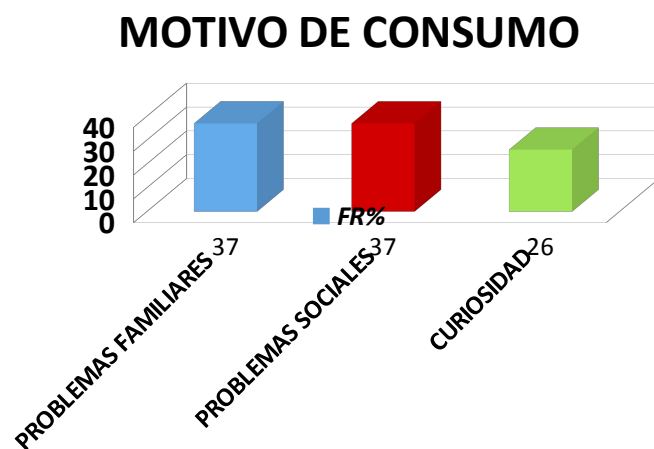


Fuente: Instrumento

Tabla N°8 Distribución de la población según Internaciones Previas, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

INTERNACIONES PREVIAS	FA	FR%
SI	25	78
NO	7	22
TOTAL	32	100

Gráfica N°8 Distribución de la población según Internaciones Previas



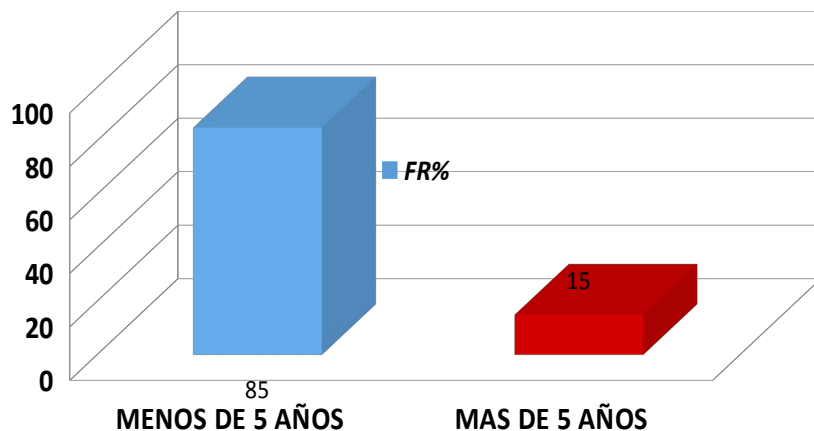
Fuente: Instrumento

Tabla N°9 Distribución de la población según N° de Internaciones, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

INTERNACIONES	FA	FR%
1	5	20
2	8	32
3 o MÁS	12	48
TOTAL	25	100

Gráfica N°9 Distribución de la población según N° de Internaciones

COMIENZO DEL DIAGNOSTICO MEDICO PSIQUIATRICO



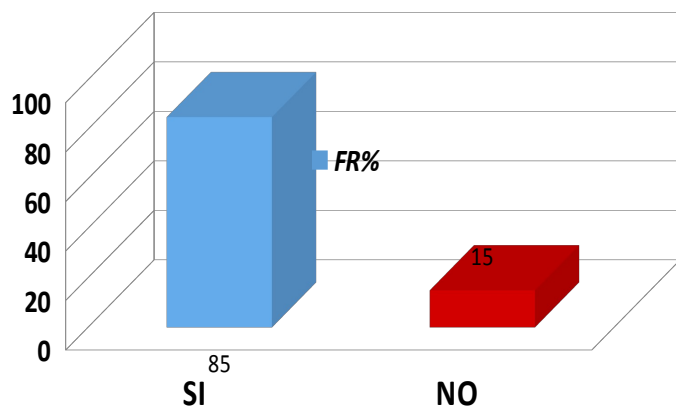
Fuente: Instrumento

Tabla N°10 Distribución de la población según Consumo de Sustancias, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

CONSUMO DE SUSTANCIAS	FA	FR%
SI	19	60
NO	13	40
TOTAL	32	100

Gráfica N°10 Distribución de la población según Consumo de Sustancias

CONSUMO Y PLACIDEZ DURANTE CRISIS DEPRESIVA

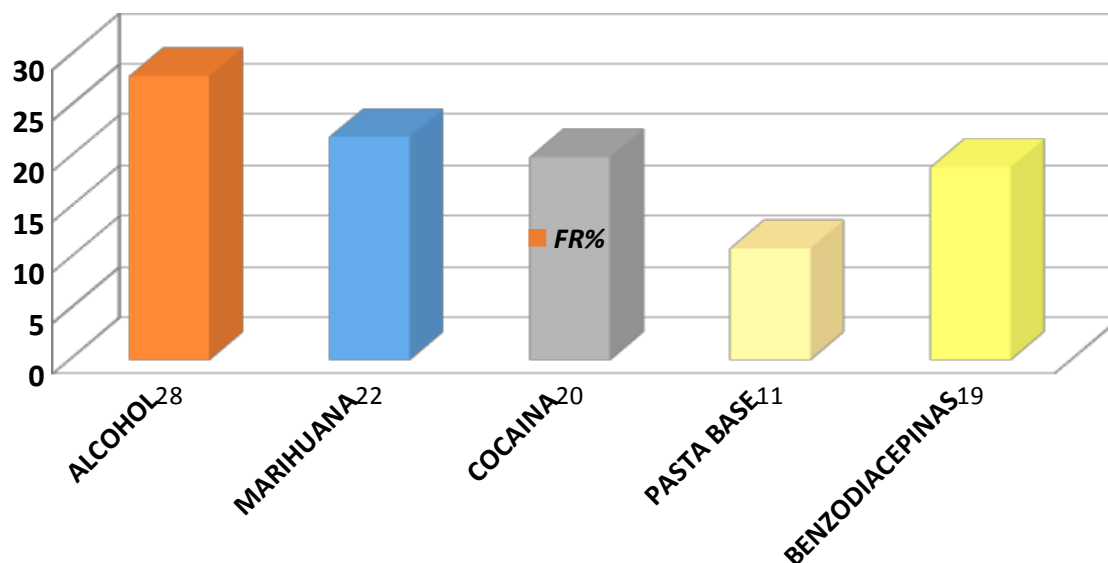


Fuente: Instrumento

Tabla N°11 Distribución de la población según Sustancias Consumidas, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

SUSTANCIAS	FA	FR%
ALCOHOL	15	28
MARIHUANA	12	22
COCAINA	11	20
PASTA BASE	6	11
BENZODIACEPINAS	10	19
TOTAL	54	100

SUSTANCIAS CONSUMIDAS



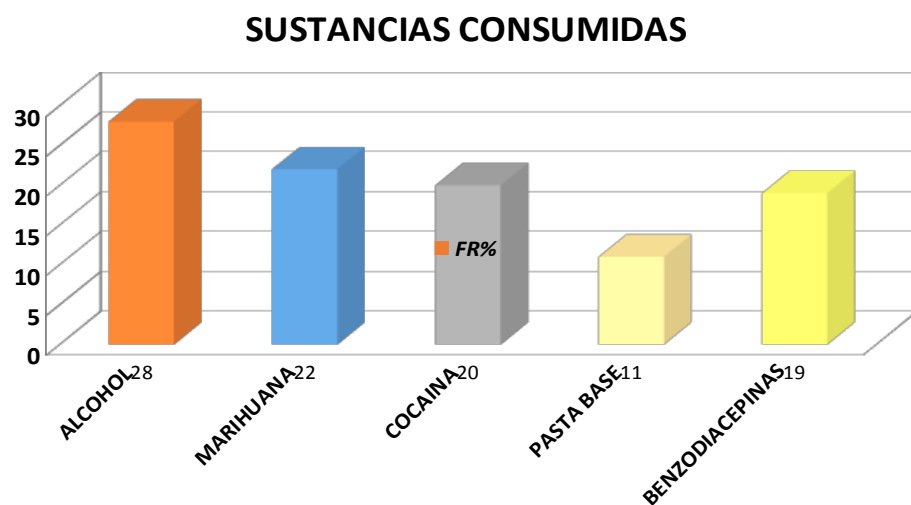
Fuente: Instrumento

* El N° de la población cambia debido a que algunos pacientes presentaban consumo de más de una sustancia psicoactiva.

Tabla N°12 Distribución de la población según Redes de Apoyo, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

REDES DE APOYO	FA	FR%
SI	26	81
NO	6	19
TOTAL	32	100

Gráfica N°12 Distribución de la población según Redes de Apoyo



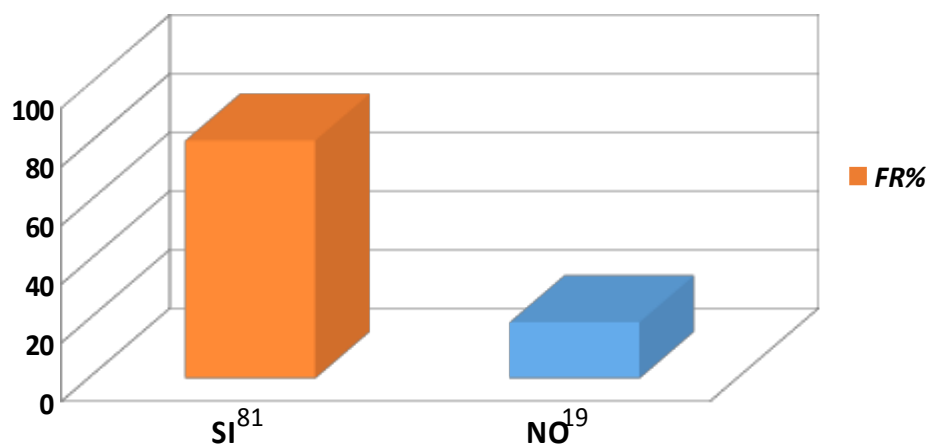
Fuente: Instrumento

Tabla N°13 Distribución de la población según Tipo de Red, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

TIPO DE RED	FA	FR%
FAMILIA	23	43
AMIGOS	19	35
INSTITUCIONES	12	22
TOTAL	54	100

Gráfica N°13 Distribución de la población según Tipo de Red

REDES DE APOYO



Fuente: Instrumento

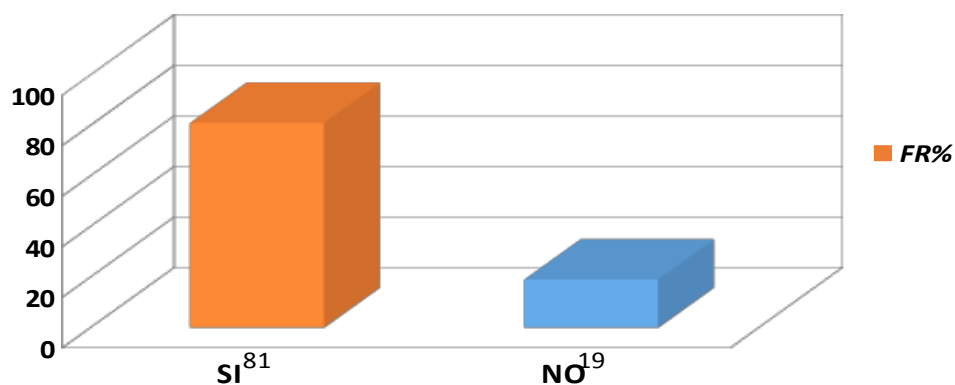
* El N° de la población cambia debido a que algunos pacientes presentaban más de una red de apoyo.

Tabla N°14 Distribución de la población según Inicio de Comienzo de Consumo, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

COMIENZO DE CONSUMO	FA	FR%
ADOLESCENTE [10 - 19)	8	42
ADULTO JOVEN [19 - 35)	10	53
ADULTO [35 - 64)	1	5
TOTAL	19	100

Gráfica N°14 Distribución de la población según Inicio de Comienzo de Consumo realizado Centro Privado de la ciudad de Montevideo, mes de Junio-Agosto del 2016.

REDES DE APOYO



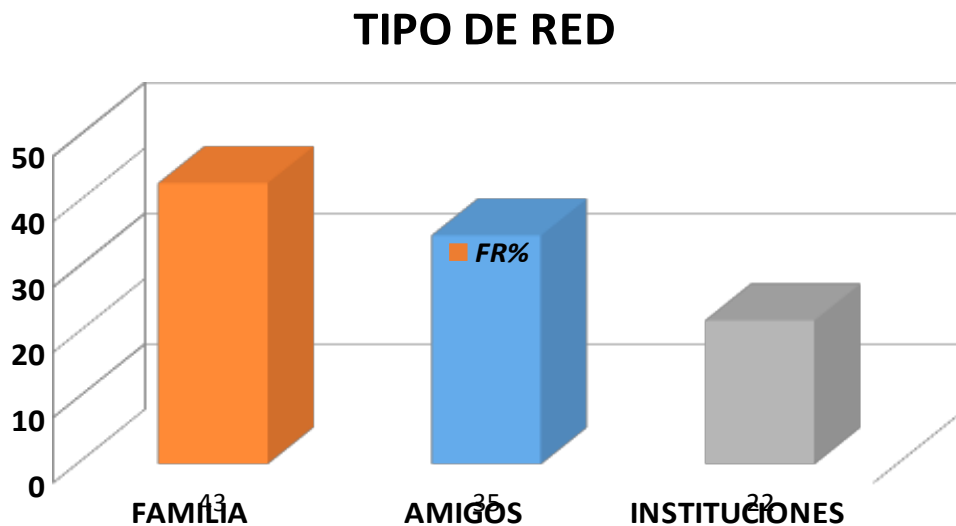
Fuente: Instrumento

* El N° de la población cambia debido a que se incluyeron solamente aquellos pacientes con diagnóstico de Depresión asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla N 15 Distribución de la población según Sustancia de inicio en el consumo, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

SUSTANCIA DE INICIO EN EL CONSUMO	FA	FR%
ALCOHOL	6	32
MARIHUANA	8	42
COCAINA	1	5
BENZODIACEPINAS	4	21
TOTAL	19	100

Gráfica N 15 Distribución de la población según sustancia de inicio del consumo.



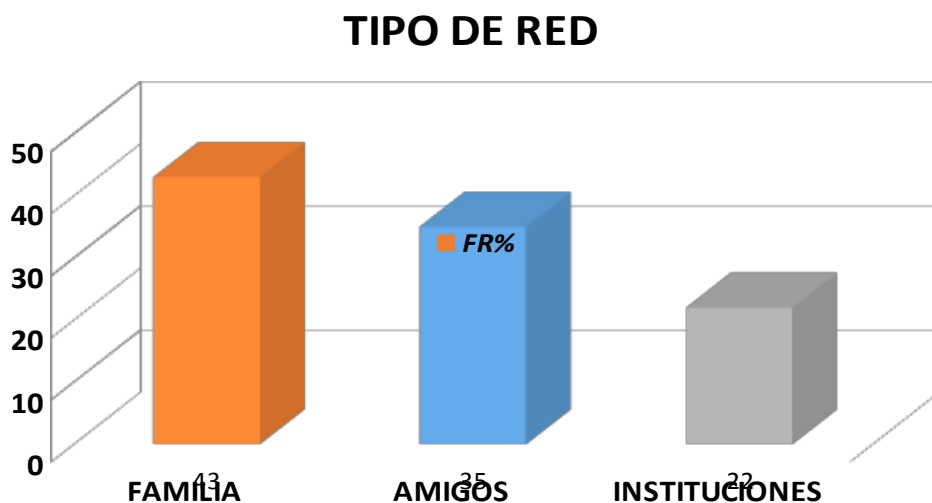
Fuente: Instrumento

* El N° de la población cambia debido a que se incluyeron solamente aquellos pacientes con diagnóstico de Depresión asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla N16 Distribución de la población según Frecuencia de consumo, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

FRECUENCIA DE CONSUMO	FA	FR%
DIARIA	10	53
REUNIONES SOCIALES	4	21
ETAPA DEPRESIVA	5	26
TOTAL	19	100

Gráfica N16 Distribución de la población según Frecuencia de consumo.



Fuente: Instrumento

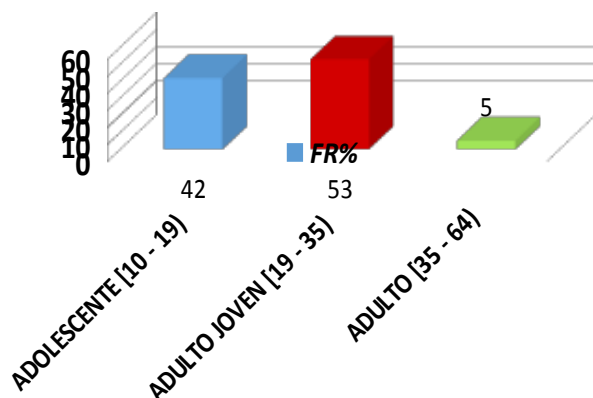
* El N° de la población cambia debido a que se incluyeron solamente aquellos pacientes con diagnóstico de Depresión asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla N17 Distribución de la población según Variedad de Sustancias consumidas realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

VARIEDAD DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS	FA	FR%
UNICA SUSTANCIA	12	63
POLICONSUMO	7	37
TOTAL	19	100

Gráfica N17 Distribución de la población según Variedad de Sustancias consumidas

COMIENZO DE CONSUMO



Fuente: Instrumento

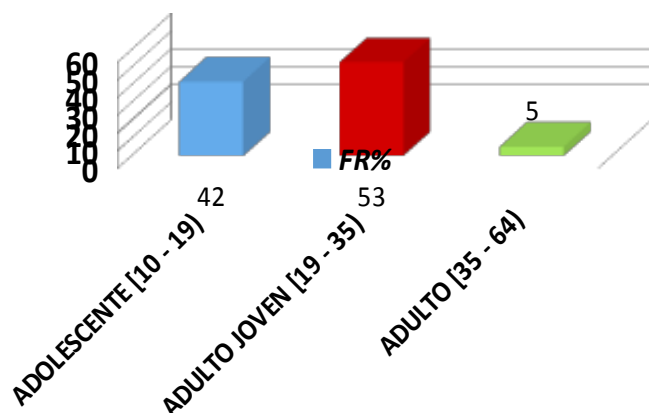
* El N° de la población cambia debido a que se incluyeron solamente aquellos pacientes con diagnóstico de Depresión asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla N18 Distribución de la población según Motivo de Consumo, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

MOTIVO DE CONSUMO	FA	FR%
PROBLEMAS FAMILIARES	7	37
PROBLEMAS SOCIALES	7	37
CURIOSIDAD	5	26
TOTAL	19	100

Gráfica N18 Distribución de la población según Motivo de Consumo.

COMIENZO DE CONSUMO



Fuente: Instrumento

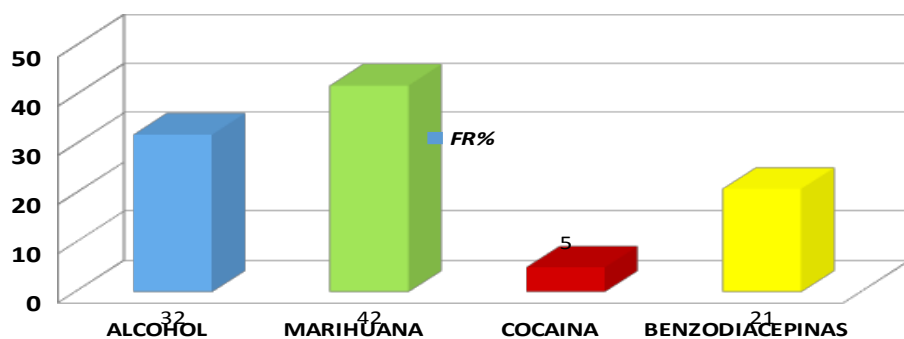
* El N° de la población cambia debido a que se incluyeron solamente aquellos pacientes con diagnóstico de Depresión asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla N19 Distribución de la población según conocimiento de la patología psiquiátrica realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

CONOCIMIENTO DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA	FA	FR%
SI	16	85
NO	3	15
TOTAL	19	100

Gráfica N19 Distribución de la población según conocimiento de la patología psiquiátrica.

SUSTANCIA DE INICIO EN EL CONSUMO



Fuente: Instrumento

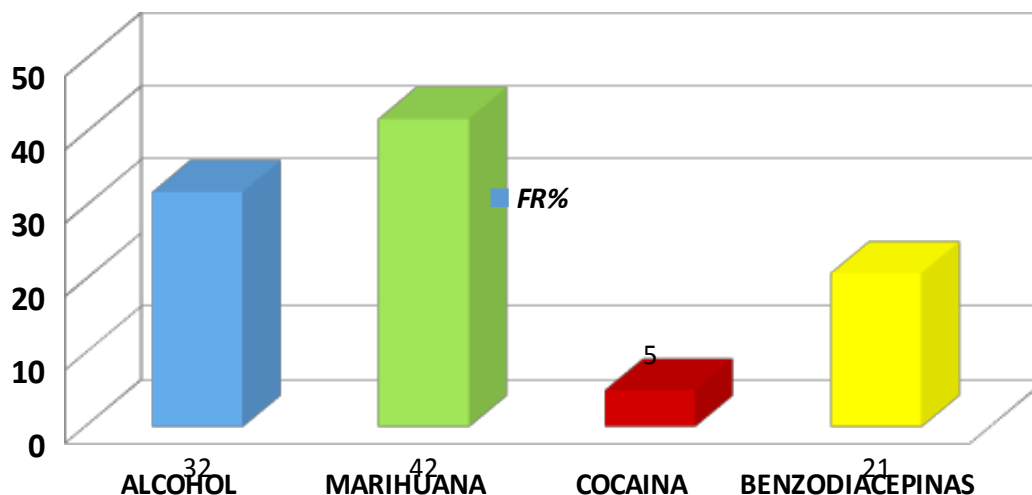
* El N° de la población cambia debido a que se incluyeron solamente aquellos pacientes con diagnóstico de Depresión asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla N20 Distribución de la población según comienzo del diagnóstico médico, realizado en un Centro Privado de la ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

COMIENZO DEL DIAGNOSTICO MEDICO	FA	FR%
MENOS DE 5 AÑOS	16	85
MAS DE 5 AÑOS	3	15
TOTAL	19	100

Gráfica N20 Distribución de la población según comienzo del diagnóstico médico.

SUSTANCIA DE INICIO EN EL CONSUMO



Fuente: Instrumento

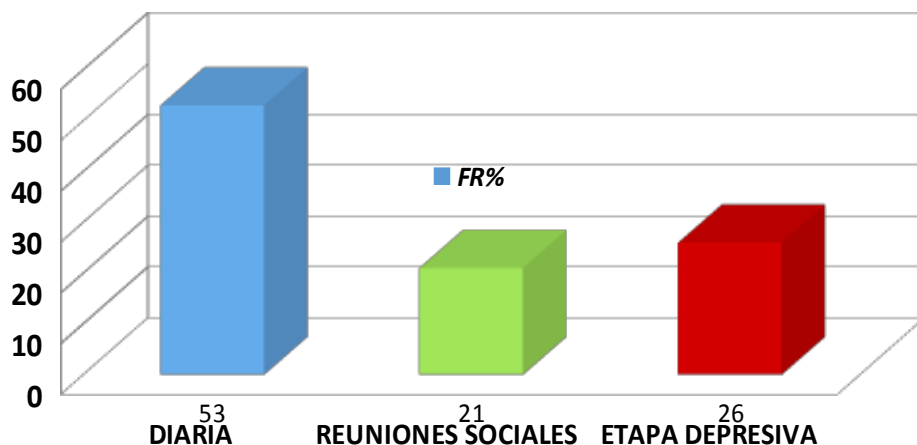
* El N° de la población cambia debido a que se incluyeron solamente aquellos pacientes con diagnóstico de Depresión asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla N21 Distribución de la población según Consumo de Sustancias durante la Depresión, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

CONSUMO DE SUSTANCIA DURANTE DEPRESION	FA	FR%
SI	17	89
NO	2	11
TOTAL	19	100

Gráfica N21 Distribución de la población según Consumo de Sustancias durante la Depresión.

FRECUENCIA DE CONSUMO



Fuente: Instrumento

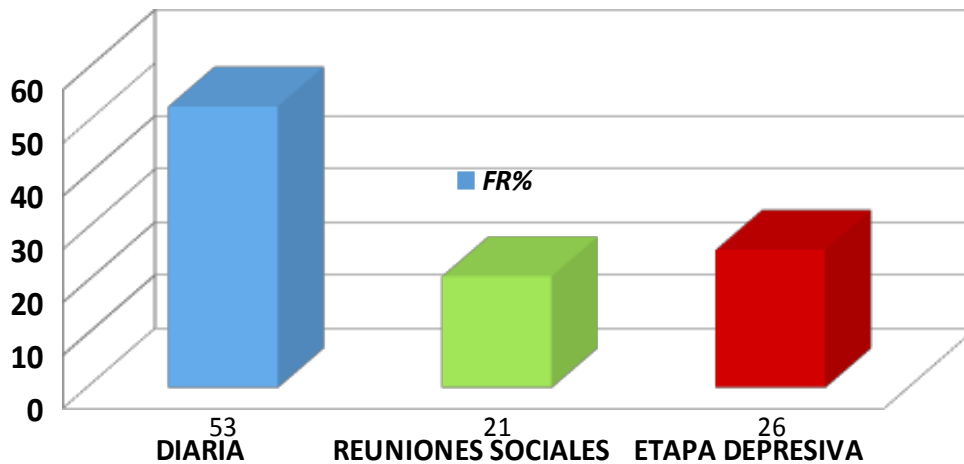
* El N° de la población cambia debido a que se incluyeron solamente aquellos pacientes con diagnóstico de Depresión asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla N22 Distribución de la población según Consumo y la Placidez durante la Depresión, realizado en un Centro Privado de la Ciudad de Montevideo, en el periodo Junio-Agosto del año 2016.

CONSUMO Y PLACIDEZ DURANTE DEPRESION	FA	FR%
SI	16	85
NO	3	15
TOTAL	19	100

Gráfica N22 Distribución de la población según Consumo y la Placidez durante la Depresión.

FRECUENCIA DE CONSUMO



Fuente: Instrumento

*** El N° de la población cambia debido a que se incluyeron solamente aquellos pacientes con diagnóstico de Depresión asociado al consumo de sustancias psicoactivas.**

ANÁLISIS

Se realizaron un total de 32 cuestionarios a usuarios que se encuentran institucionalizados en un centro privado de la ciudad de Montevideo, durante el periodo de investigación, obteniendo la aceptación del 100% de los mismos.

Nuestro N fue de 32 usuarios.

Con respecto al sexo de los que fueron partícipes de la investigación, el mayor porcentaje fue el sexo femenino con 62,5% de las mismas. Mientras que el sexo masculino fueron 37,5%. Podemos decir que los resultados obtenidos concuerdan con datos de investigaciones realizadas por la OMS donde se afirma que el riesgo de sufrir depresión es mayor para la mujer.⁽⁶⁾

De acuerdo a los rangos etarios establecidos para la investigación, podemos decir que el 44% se encuentra dentro de la franja etaria de [20 a 35) años, mientras que las franjas etarias de [35 a 50)-[50 a

65) años en iguales porcentajes.

El 84% de los usuarios encuestados tienen como procedencia Montevideo. Mientras que el 16 % restante proceden del interior.

En lo que refiere al estado civil observamos que el mayor porcentaje corresponde a solteros con un 44%, 31% casados, siendo el restante divorciados y viudos con 16% y 9% respectivamente.

Al hablar del nivel de instrucción predomina con un 56 % los estudios secundarios, siguiendo con un 35% los estudios primarios, mientras que solamente un 9% presento estudios a nivel terciario. Respecto a la educación el 60% posee un empleo estable, un 31% es jubilado o pensionista y el 9% restante son estudiantes.

Al momento de analizar los datos los motivos de internación más frecuentes fueron: depresión 44%, IAE 35%, un 9% por consumo de sustancias, 6% duelo familiar y el 6% restante se divide entre violencia doméstica y patologías psiquiátricas. El cual está directamente relacionado con el marco teórico donde se hace referencia a que la depresión está asociada a conductas de adicción, IAE y violencia.

Un 78% de la población estudiada presenta internaciones previas. De este 78% el 48% presento 3 o más internaciones, el 32% 2 internaciones y el 20% restante 1 sola internación previa.

El 81% de los entrevistados cuenta con redes de apoyo siendo la familia la red de apoyo predominante con un 43%, amigos un 35% y un 22% en instituciones. Al referirnos al consumo de sustancia el 60% de los involucrados en la investigación consume sustancias psicoactivas, mientras que un 40% no consume.

Dentro de los usuarios que consumen un 28% consume alcohol, un 22% marihuana, 20% cocaína, 19% benzodicepinas y un 11% pasta base. En cuanto a la sustancia de inicio de consumo encontramos que existe una relación directa, entre la sustancia con la que se inicia el consumo y la sustancia que se consume durante la mayor parte de su etapa de consumo. Siendo prevalente el consumo de alcohol y marihuana como se menciona anteriormente. Esto también se ve reflejado según el porcentaje al momento de estudiar la variedad de sustancias consumidas, donde un 63% consume una única sustancia durante toda la etapa de consumo y un 37% presenta policonsumo. En cuanto a la frecuencia de consumo podemos decir que un 53% lo realiza diariamente, un 26% consume durante la crisis depresiva, y un 21% presenta consumo en reuniones sociales.

Con respecto a la edad del comienzo de consumo podemos decir que predomina el inicio, en el adulto joven con un 53% de los usuarios, siguiendo con un 42% el inicio en la adolescencia y en la etapa adulta comienzan a consumir solo un 5%. En el motivo de comienzo de consumo predominan los problemas familiares y sociales ambos con un 37%, el 26% restante se da por curiosidad.

Al preguntar a los usuarios sobre el conocimiento de su diagnóstico médico psiquiátrico, un 85% de los mismos acepta y conoce su diagnóstico, mientras que un 15% lo niega.

En cuanto al tiempo de diagnosticada la patología encontramos que un 85% fue diagnosticado hace menos de 5 años y solo un 15% fue diagnosticado hace mas de 5 años, esto coincide con los datos de la OPS donde se destaca un alto porcentaje de nuevos casos en los últimos años.¹³

Dentro de los usuarios que consumen un 89% considera que el estado depresivo lo llevo a consumir, mientras que solo un 11% considera que no tuvo relación. Esto se encuentra directamente relacionado con la placidez que genera el consumo de sustancias psicoactivas durante la crisis depresiva.

Representado por un 85% de los casos.

CONCLUSIONES

Mediante la investigación realizada se logró cumplir con los objetivos planteados, dando respuesta a nuestra pregunta problema.

Podemos concluir que el padecimiento de una alteración emocional como lo es la depresión no condiciona a la persona a consumir sustancias psicoactivas. Por esta razón es que podemos afirmar que no corresponde a una relación lineal, ya que pueden influir múltiples factores externos que escapan a nuestra investigación.

Sin embargo, durante la investigación encontramos una alta prevalencia entre ambas, de los cuales en su mayoría manifestaron una relación directa entre el inicio del consumo y el comienzo de la sintomatología depresiva, siendo esto un círculo donde la placidez se encuentra al consumir nuevamente.

Otra de las conclusiones que podemos llegar con nuestra investigación corresponde a la alta incidencia que tiene la problemática familiar y social que generan ambos trastornos sobre los individuos. A partir de esto podemos afirmar la importancia que requiere su atención durante el proceso de salud-enfermedad, siendo un pilar fundamental el abordaje integral por parte del equipo de salud.

¹³ Garay Albarracín M, Capezzuto Castro B, Díaz Ocampo A, Vázquez Trinidad L, Balbuena Camacho M, Luquez Galeano C, et al. Depresión intento de autoeliminación. Montevideo: CSEP, Udelar; 2015.

SUGERENCIAS

- Unificar criterios con el equipo de salud para lograr un seguimiento multidisciplinario e integral del usuario.
- Profundizar en las líneas de investigación en esta área (estudio Analítico) con el fin de lograr intervenciones y medir impacto.
- Capacitación permanente al equipo de salud sobre el abordaje de usuarios con depresión y consumo de sustancias psicoactivas.
- Realizar una devolución de la investigación a la institución donde se realizó el estudio.
- Como futuros Licenciados en Enfermería, debemos tener en claro la importancia y responsabilidad de conocer a la Depresión en todos sus aspectos, detectando y planificando a futuro intervenciones sobre dicho grupo poblacional, logrando a su vez un abordaje a nivel interdisciplinario.

ANEXOS

ANEXO I: INSTRUMENTO

Iniciales			Sexo	
Edad			Procedencia	
Ocupación			Estado Civil	
Nivel de Instrucción			Motivo de internación	
Internaciones previas.	SI	NO	Redes de apoyo	SI NO
1			Familia	
2			Amigos	
3 o más			Instituciones	
Consumo de sustancias	SI	NO		
Alcohol				
Marihuana				
Cocaína				
Pasta Base				
Benzodiacepinas				

ANEXO II: CUESTIONARIO

1) Cuando comenzó a consumir?

a) Cual fue la sustancia con la que inició el consumo?

b) Con que frecuencia consumía?

c) Consumió en todo momento la misma sustancia o en algún momento cambió o presentó poli consumo?

2)Cuál fue el motivo que la llevó a consumir?

3) Conoce su Diagnóstico de Depresión?

a. Hace cuánto tiempo se lo diagnosticaron?

4) El estado depresivo la llevó al consumo de sustancias?

5) El consumo de sustancias la llevó al estado depresivo?

6) Cuándo siente que necesita consumir?

7) El consumo de sustancias la lleva a calmar sus crisis depresivas?

8) En sus crisis depresivas, siente la necesidad de consumir?¹⁴

¹⁴Organización Mundial de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1): manual para uso en la atención primaria. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_spanish.pdf [consulta: 3 jun 2015].

ANEXO III: CONSIDERACIONES ÉTICAS:

CARTA DE AUTORIZACIÓN A SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO.

Montevideo, Junio 2016.

Jefe del Departamento de Enfermería de Sanatorio Privado de la ciudad de Montevideo.

Licenciada en Enfermería, Iris Dutra.

Se presentan ante usted, un grupo de cinco estudiantes pertenecientes a la carrera Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, que se encuentran realizando actualmente el Trabajo de Investigación Final.

Nuestro Trabajo de Investigación se encuentra basado en determinar si existe relación entre el diagnóstico de Depresión y el consumo problemático de sustancias psicoactivas en usuarios adultos institucionalizados en Sanatorio Privado de Montevideo durante el periodo de Julio- Agosto del año 2016.

Por este motivo nos dirigimos hacia usted, con el fin de solicitar la autorización correspondiente para aplicar nuestro instrumento para la recolección de datos sobre los usuarios que se encuentran hospitalizados dentro de la Institución.

Consideramos de suma importancia destacar que el instrumento para la recolección de datos será aplicado sobre los usuarios en forma anónima, manteniendo así en todo momento la confidencialidad de los datos.

**CARTA DE AUTORIZACIÓN A SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE
MONTEVIDEO.**

Montevideo, Junio 2016.

Adjuntamos junto a la carta correspondiente, nuestro protocolo de investigación, con el fin de que se conozca en detalle los fundamentos pertinentes para la realización de nuestra investigación.

Desde ya muchas gracias,

Br. Bruno Acosta

Br. Alexis Duque

Br. Eliana Hladki

Br. Vanessa Rolón

Br. Gonzalo Tabeira

ANEXO IV: RECURSOS

1. Recursos humanos:

- 5 estudiantes.

2. Recursos materiales:

- Material bibliográfico.
- Hojas de recolección de datos: cuestionario previamente diseñado.
- Hojas de papel blancas.
- Lapiceras.
- Sobres.
- Computadora:
 - Programa Microsoft Word.
 - Programa Excel.
- Impresora.

3. Recursos financieros:

- Propios de los investigadores. Los valores establecidos son aproximados.
 - Viáticos: \$ 1200
 - Impresiones: \$ 1500
 - Papelería: \$ 200
 - Fotocopias: \$ 350
 - En suma: \$ 3250

ANEXO V: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

[illegible]