



**Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería**

**Evaluación de un programa de capacitación para enfermería
en la atención del paciente con intoxicación y síndrome
de abstinencia por alcohol**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Leticia Rocio Herrera Cisneros

Dirigido por:

MCSS. Ma. Alejandra Hernández Castañón

SINODALES

MCSS. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Presidente

Firma

M en C. Raquel Acuña Cervantes
Secretaria

Firma

M en C. Martha González Esquivel
Vocal

Firma

M en C. Gabriela Palomé Vega
Suplente

Firma

M en C. Alejandrina Franco Esguerra
Suplente

Firma

M. en C. Aurora Zamora Mendoza
Directora de la Facultad

Dr. Sergio Quesada Aldana
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Noviembre de 2004
México

No. Adq. H 70028-7

No. Título _____

Clas. IS

616.861

H 565e

EJ. 1

RESUMEN

El uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, es uno de los problemas de la civilización actual que más afectan la calidad de vida del ser humano. En México, la dependencia a sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, afecta a grandes sectores de la población por lo que es considerado un problema de Salud Pública, una de sus consecuencias es el incremento en la demanda de servicios en Instituciones de Salud, que a su vez requieren de personal capacitado. El objetivo de esta investigación fue evaluar un Programa de Capacitación sobre la Atención del Paciente con Intoxicación y Síndrome de Abstinencia por Alcohol, utilizando la Teoría Pedagógica Constructivista y el Proceso de Enfermería con el Modelo de Virginia Henderson. El diseño cuasi-experimental se utilizó para evaluar la capacitación en el área cognitiva, psicomotriz y afectiva, retomando al grupo como su propio control. Mediante muestreo por conveniencia se seleccionaron catorce enfermeras/os asignados al servicio de urgencias del Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes. Los datos mostraron una diferencia positiva de 51 puntos porcentuales posterior a la intervención, estableciéndose una diferencia de medias estadísticamente significativa ($p=0.000$; IC 95%). Los resultados indican la importancia de la capacitación utilizando modelos teóricos como medio para fortalecer el desarrollo personal y profesional de Enfermería y por ende, mejorar la atención que se otorga al paciente con Intoxicación y Síndrome de Abstinencia por Alcohol.

Palabras clave: Constructivismo en capacitación para enfermería, Proceso enfermero en alcoholismo, Modelo de Virginia Henderson en alcoholismo

SUMMARY

The use of, abuse of and dependence on psychoactive substances, is one of the problems of modern civilization that most affects the quality of human life. In Mexico, dependence on psychoactive substances, especially alcohol, affects large sectors of the population and is thus considered a public health problem. One of the consequences is the increased demand for services in health institutions, which, as a result, require trained personnel. The objective of this research work was to evaluate a Training Program for the Care of Intoxicated Patients with Alcohol Withdrawal Syndrome, using the constructivist pedagogic theory and the nursing process with the Virginia Henderson Model. A quasi-experimental design was used to evaluate training in the cognitive, psychomotor and affective areas, using the group as its own control. By means of a convenience sampling, fourteen nurses assigned to emergency services of the Neuropsychiatric Center of the City of Aguascalientes were selected. Data showed a positive difference of 51 percentage points after training, thus establishing a statistically significant difference in the mean ($p=0.000$; IC 95%). Results demonstrate the importance of training using theoretical models as a means to strengthen the personal and professional development of nursing and, as a result, improve the care given the patient suffering from intoxication and Alcohol Withdrawal Syndrome.

(KEY WORDS: Constructivism in nurses' training, process of alcoholism, Virginia Henderson Model for alcoholism)

DEDICATORIAS

A mi madre querida, quien con su ejemplo de lucha por la vida, de compromiso y dedicación me formó...

A mis maestros, con los que he tenido la suerte de encontrarme a lo largo de mi vida profesional, en la que han dejado el verdadero valor del gran Maestro...

A mis compañeros de generación, que me brindaron lo mejor a lo largo de esta jornada, que con la esencia de su ser me ayudaron a crecer...

A mi profesión, en la que he tenido la gran dicha de encontrarme con Dios cada día, a través de mis pacientes...

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme brindado la vida, por estar siempre a mi lado y llegar conmigo al final de esta etapa más de mi existencia...

A mi Maestra Alejandra por compartir conmigo su experiencia y sabiduría, por su dedicación, pero sobre todo, por su amistad...

A mis compañeros y amigos del Centro de Neuropsiquiatría que fueron fundamentales en este trabajo y lo hicieron posible con su ayuda, esfuerzo, dedicación y compromiso...

A mis compañeros y amigos de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, que me ofrecieron su apoyo y creyeron en mí...

INDICE

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Importancia del estudio	6
1.3 Objetivos	7
1.4 Hipótesis	8
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	9
2.1 Definiciones sobre alcoholismo	10
2.2 Factores predisponentes	13
2.3 Epidemiología	15
2.4 Clasificación de la enfermedad	16
2.5 Etanol	17
2.6 El alcoholismo y sus consecuencias	19
2.7 Modelos de tratamiento	21
2.8 Capacitación	23
2.9 Constructivismo y aprendizaje significativo	25
2.10 El Proceso de enfermería y el Modelo de Virginia Henderson	30
2.11 Marco conceptual	30
III. METODOLOGÍA	31
3.1 Diseño del estudio	31
3.2 Operacionalización de variables	33
3.3 Universo	33
3.4 Población de estudio	34
3.5 Diseño de instrumentos	36
3.6 Recolección de la información	37
3.7 Plan para el procesamiento y análisis de datos	38
3.8 Administración del proyecto	38
3.9 Consideraciones éticas del estudio	38

INDICE

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Análisis descriptivo	39
4.2 Prueba de hipótesis	50
4.3 Discusión	51
4.4 Propuestas	55
LITERATURA CITADA	56
APÉNDICE	
1. Cuestionario	60
2. Lista de cotejo	63
3. Escala Lickert	65
4. Programa de Capacitación	70
5. Instrumentación didáctica	75
6. Guía de práctica	79

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Título	Página
1	II. Revisión de Literatura: Principales causas de morbilidad reportadas en 1999. Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes.	15
2	III: Metodología: Operacionalización del área afectiva	32
3	IV. Resultados: Características personales y laborales del grupo de estudio. Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes.	40
4	IV. Resultados: Porcentaje de respuestas correctas por pregunta antes y después de la capacitación. Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes	42
5	IV. Resultados: Número y porcentaje de actividades planificadas ejecutadas, no ejecutadas y necesidades no presentes según el Modelo Virginia Henderson. Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes	45
6	IV. Resultados: Promedio, desviación estándar y puntaje de actitudes antes y después de la capacitación. Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes	47
7	IV. Resultados: Promedio y diferencia de calificaciones ponderadas pre y pos capacitación. Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes	48
8	IV. Resultados: Incremento porcentual promedio y desviación estándar de la calificación final ponderada, según las variables independientes. Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes	49
9	IV. Resultados: Diferencia de medias en calificación ponderada pre y post intervención. Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes	50

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día una de las consecuencias de la dependencia a sustancias psicoactivas es requerir de servicios en Instituciones de Salud, en donde el personal médico y de enfermería entre otros, se encuentren capacitados para atender al paciente en condiciones de intoxicación o síndrome de abstinencia por alcohol.

Las tasas de prevalencia por consumo excesivo de bebidas alcohólicas que presentan muestras domiciliarias de población adulta en Estados Unidos, varían entre 14 y 16 %; en consultorios de atención primaria el problema afecta a uno de cada cinco pacientes, cifra similar al promedio observado en servicios de urgencias médicas. La clientela de servicios de traumatología, como es de esperar, presenta tasas más elevadas, pero, aún en grupos que se podrían considerar como de bajo riesgo, tales como las mujeres atendidas en clínicas de ginecología y obstetricia, se encuentran frecuencias de hasta el 18%, según el Director del Programa Académico sobre Adicciones, de la Universidad de Toronto, Canadá (Negrete, 2002).

En México tres millones de personas son dependientes del alcohol, de las cuales 700 mil requieren tratamientos especiales. El abuso en el consumo de alcohol se considera un grave problema de Salud Pública por los costos y daños individuales, familiares y sociales que origina. Además, la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas se relaciona directa o indirectamente con enfermedades del corazón, cerebro vascular, accidentes, cirrosis hepática, así como con los homicidios y lesiones en riña, que son cinco de las diez principales causas de muerte en el país, situación presentada en el Comunicado de Prensa No. 036 (SSA, 2002). Dentro de las principales causas de mortalidad en edad productiva (SSA, 2000) las defunciones por uso de alcohol ocupan el noveno lugar a nivel nacional.

En Aguascalientes durante 1999, el Centro de Neuropsiquiatría atendió 286 casos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, el Hospital de Especialidad Miguel Hidalgo reportó 89 casos y el Hospital General Morelos reconoció 15 pacientes por la causa mencionada, de acuerdo con estadísticas del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes¹.

En el Programa Estatal de Salud (1998-2004) del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, en el apartado de Programas Específicos se menciona el de Salud Mental, que tiene como objetivo "Procurar la Salud Mental en el individuo, la familia y la sociedad del Estado de Aguascalientes, mediante la prevención y la resolución de los programas asistenciales y participación en campañas educativas". Así mismo, hace referencia del Programa Contra las Adicciones del Centro de Prevención a las Adicciones (CEPRAD), el cual tiene estipulado "Reducir los hábitos adictivos y sus consecuencias a través de actividades de difusión y educación para la salud respecto del uso y abuso de drogas, alcohol y tabaco sobre el individuo, y su efecto en la sociedad". En este sentido, la enfermería psiquiátrica y de salud mental en el siglo XXI, tendrá que actuar en los tres niveles de atención para prevenir, diagnosticar y rehabilitar no sólo al paciente con problemas mentales (Orozco et al., 1996), sino también a aquellos que sufren los efectos del uso, abuso y dependencia al alcohol.

Por otra parte, los Derechos del Paciente son un aspecto seriamente soslayado en nuestro medio, debido a que el enfermo se encuentra en una situación particular de desventaja en relación con la persona sana, así sus derechos deben ser particularmente atendidos ya que su condición de enfermo lo coloca en un estado práctico de indefensión (López, 1999), de ahí que la prestación de servicios de salud al paciente con intoxicación por sustancias adictivas o síndrome de abstinencia, debe de realizarse contando con personal del área de la salud sensibilizado, que considere al alcoholismo como una enfermedad.

¹ Número de Egresos Hospitalarios en Unidades del ISEA en 1999.

En este contexto, implementar un programa de capacitación dirigido al personal de enfermería del Centro de Neuropsiquiatría, tiene la finalidad de actualizarlo y sensibilizarlo en el cuidado de pacientes con intoxicación o síndrome de abstinencia por alcohol, con el propósito de mejorar la calidad de la atención. El objetivo central de esta investigación fue, evaluar un programa de capacitación para enfermería en la atención del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol. Para tal efecto, se utilizó un diseño de tipo cuasiexperimental que sirvió para evaluar las áreas cognitiva, psicomotriz y afectiva del personal de enfermería que atiende a este tipo de pacientes, antes y después de la capacitación. En el estudio participaron 14 enfermeras/os que laboran en los servicios de urgencias psiquiátricas y adicciones del Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes.

1.1 Planteamiento del problema

La drogadicción, o también llamada dependencia a sustancias psicoactivas, es la imperiosa necesidad que una persona tiene por consumir bebidas con contenido alcohólico u otra clase de drogas. Esta necesidad no desaparece a pesar de que la persona consumidora o usuaria sufra las consecuencias negativas producidas al momento de consumirlas o después de dejar de usarlas (Aguirre, 2000). En su editorial el diario San Diego Unión Tribune señaló que en Estados Unidos, hay 16 millones de adictos al alcohol y las drogas, pero solamente tres millones reciben tratamiento contra adicciones (Vive sin drogas, el diario, 2000)

En asamblea de las Naciones Unidas celebrada en Junio de 1998, la atención se centró en definir acciones y políticas para lograr un mundo con menor deterioro, originado por el abuso de drogas. Ciento ochenta y cinco representantes de las naciones reunidas apoyaron una línea de trabajo que se ocupa del control del tráfico, de la necesidad de controlar los precursores químicos usados en la producción de drogas en el laboratorio, del lavado de dinero y de la

reducción de la demanda. Es decir que en el campo de la prevención y la asistencia, son fundamentales en un mundo en que la oferta resulta abrumadora y difícil de fiscalizar (Grimson, 2000)

México es uno de los países de Latinoamérica que cuenta con una de las experiencias más largas en materia de investigación del uso de sustancias adictivas, especialmente entre la población estudiantil. Se han realizado diversas encuestas en la población de enseñanza media y media superior desde hace 20 años, en forma conjunta entre la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud (Vive sin drogas, drogas, 2000)

En nuestro país, la dependencia a sustancias psicoactivas es un problema en aumento, involucrando a menores de edad y a más mujeres de las que uno pueda imaginarse. Se dice que entre 10 y 15 de cada 100 mexicanos, (dos o tres son mujeres), tienen problemas con su manera de beber o por consumo de drogas ilegales, o por prescripción médica obtenidas por métodos inadecuados; el grupo de edad más afectado es el comprendido entre los 14 a los 60 años de edad (Aguirre, 2000)

En México como en otros países, existen diversas organizaciones tanto gubernamentales como privadas para la prevención, tratamiento y rehabilitación de individuos con problemas de adicción al alcohol u otro tipo de drogas, cuyos objetivos asistenciales están centrados en el adicto y su familia, de estos podemos mencionar al Centro para el Estudio y Tratamiento de las Adicciones en la Familia, los grupos de Alcohólicos Anónimos, la Cruzada Nacional Vive sin Drogas, el Módulo de Tratamiento para la Dependencia de Alcohol y Drogas, el Modelo de Hazelden con su programa de los 12 pasos, y los Centros de Integración Juvenil, entre muchos más.

El Comunicado de Prensa No. 011 SSA, 2002 emitió, que la Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional contra las Adicciones, y en coordinación con la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, llevó a cabo del 21 al 27 de enero del año 2002 la VII Semana Nacional de Información "Compartiendo Esfuerzos". La realización de este evento es el resultado de un convenio firmado en 1995 y ratificado en enero de 2001 entre dichos organismos, para llevar a cabo acciones de prevención, atención y rehabilitación de personas con problemas de alcoholismo o de abuso de bebidas alcohólicas.

A esta labor se han sumado servicios estatales de salud del país como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, el Instituto Nacional Indigenista, los Centros de Integración Juvenil, el Instituto Mexicano de la Juventud, Petróleos Mexicanos y el Sistema de Transporte Colectivo Metro.

En este sentido, la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-1999) para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones estipula que el uso, abuso y dependencia al tabaco, el abuso y la dependencia a las bebidas alcohólicas y el uso, abuso y dependencia a otras sustancias psicoactivas o psicotrópicas, de empleo lícito o ilícito, constituyen un grave problema de salud pública y tienen además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad.

En el Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes, se ha observado la dificultad que el personal de enfermería presenta cuando se le demanda atención especializada para revertir el estado de intoxicación o síndrome de abstinencia por alcohol, por el peculiar cuadro que presenta el paciente sobre todo en sus irrazonables conductas, lo que de alguna manera le atemorizan, esta situación sin duda, limita el cuidado que se proporciona al paciente. En virtud a lo anterior, surge la inquietud de diseñar, implementar y

evaluar un programa de capacitación para Enfermería, en la atención del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol.

1.2 Importancia del estudio

El uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, como efecto social de alta complejidad, es uno de los problemas de la civilización actual que más afectan la calidad de vida del ser humano. El uso de drogas en México está afectando a grandes sectores de la población, y nuevas modalidades de consumo lo convierten en un problema de Salud Pública, lo que origina la necesidad de capacitar al personal de las instituciones de salud para enfrentar los padecimientos del paciente alcohólico, así como de sus familiares.

El Programa Contra las Adicciones del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes tiene como meta al año 2004, "ampliar en el 100% la cobertura de atención en los municipios del Estado identificados como de alta fármaco dependencia" Para lograr ese propósito se requiere de personal de salud capacitado para atender al paciente con problemas adictivos (Programa Estatal de Salud, 1998-2004)

Como en todos los campos de trabajo, las personas que atienden pacientes adictos tienen diferentes niveles de formación profesional, frecuentemente esto suele generar dificultades y desgaste emocional entre profesionistas y pacientes, por lo que es de suma importancia que cada miembro del equipo de salud esté capacitado para trabajar con calidad humana y profesional. El profesional de enfermería es un personaje clave en la asistencia de estos pacientes, situación que ofrece nuevos retos en el quehacer de enfermería.

Por todo lo anterior, los resultados de ésta investigación serán de gran utilidad en el desarrollo de la profesión de Enfermería en el campo de la Salud Mental, en el Centro de Neuropsiquiatría permitiéndole mejorar sus acciones para el logro de su misión, la cual es, atender éticamente al usuario que demanda atención, y el beneficio se extenderá en la familia y el entorno social.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Evaluar un programa de capacitación para el personal de enfermería del Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes, en la atención del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol, durante el periodo febrero-marzo de 2003.

1.3.2 Objetivos específicos

- Diseñar un programa de capacitación para la atención del paciente intoxicado y con síndrome de abstinencia por alcohol, dirigido al personal de enfermería.
- Implementar el programa de capacitación en el personal de enfermería para la atención del paciente intoxicado y con síndrome de abstinencia por alcohol.
- Determinar las características particulares y laborales del personal de enfermería que atiende al paciente intoxicado y con síndrome de abstinencia por alcohol.
- Comparar las áreas cognitiva, psicomotora y afectiva del personal de enfermería en la atención del paciente intoxicado y con síndrome de abstinencia por alcohol, antes y después del programa de capacitación.

1.4 Hipótesis

Ho: No existe diferencia en conocimientos, destrezas y actitudes entre el personal de enfermería que brinda atención al paciente intoxicado y con síndrome de abstinencia por alcohol, posterior a la capacitación.

Ha: El programa de capacitación incrementa los conocimientos, desarrolla destrezas y modifica las actitudes del personal de enfermería en la atención del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Definiciones sobre alcoholismo

Muchas personas piensan que la adicción a las drogas aparece después o es consecuencia de alguna enfermedad mental, un "trauma" sufrido durante la niñez o cosas similares, es decir, enfermedad "secundaria", sin embargo, actualmente se considera el alcoholismo y el consumo de drogas como una enfermedad, y así, lo refieren algunos autores y organizaciones, citados por Aguirre (2000), y que se mencionan a continuación:

Rogelio Aguirre Bortoni (Psicólogo Clínico Psicoterapeuta) dice que la drogadicción o drogodependencia o también llamada dependencia a sustancias psicoactivas, es la imperiosa necesidad que una persona tiene por consumir bebidas con contenido alcohólico u otra clase de drogas; agrega que es una enfermedad primaria, progresiva y mortal. Esta opiniones tienen como base el Modelo Hazelden y el Programa de los 12 Pasos fundado en 1935.

Jellineck (1960) considera que la adicción al alcohol es una enfermedad porque presenta síntomas claros y definidos. En su escala de Alcoholomanía propone cuatro grandes fases del proceso de la enfermedad y una serie de 45 síntomas que se van presentando en cada etapa y terminan con la muerte del alcohólico si este no es atendido a tiempo.

La Organización Mundial de la Salud, está de acuerdo en tratar al alcoholismo como una enfermedad médicamente manejable.

La Asociación Médica Norteamérica durante la década de los 50' acordó reconocer el alcoholismo como una enfermedad.

Otros autores manejan la hipótesis planteada por el Congreso de los Estados Unidos en 1978, que el alcoholismo es, de alguna manera, una enfermedad. Desde entonces y hasta ahora, la falta de control sobre la conducta de beber y la dependencia patológica a pesar de sus efectos negativos, ha fundamentado la hipótesis de que el alcoholismo es una enfermedad (Kort, 2000a).

Alcohólicos Anónimos, hace referencia a la Asociación Médica Americana y la Asociación Médica Británica, que también han dicho que el alcoholismo es una enfermedad. Por su parte AA, cree que los alcohólicos no pueden controlar su bebida porque sus cuerpos y mentes (o sus emociones) están enfermos (Una breve guía, 1989). La NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención Tratamiento y Control de las Adicciones, define al alcoholismo como síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.

2.2 Factores predisponentes

La adicción al alcohol o a las drogas puede padecerla cualquier persona, aunque se debe reconocer que si una persona tiene dificultades afectivas o de adaptación, esto puede facilitar su inicio en el consumo de drogas, pero no necesariamente ser la causa principal de la enfermedad.

Algunos estudios dirigidos a investigar la comorbilidad psiquiátrica consideran dos grandes grupos:

- a) consumo de alcohol en el paciente psiquiátrico
- b) problemas psiquiátricos en bebedores excesivos

el mayor número corresponden al segundo grupo, y se aplican para determinar la presencia de trastornos mentales en las personas que acuden a solicitar ayuda médica por algún problema relacionado con el consumo de alcohol. La sintomatología que suele observarse con mayor frecuencia entre los hombres es: depresión, personalidad antisocial, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad y

esquizofrenia. En las mujeres, depresión mayor, trastornos por ansiedad y el consumo de drogas (Díaz, 1994)

Los adolescentes que no tienen una buena relación con sus padres en hogares en donde tanto el padre como la madre están presentes, muestran una mayor tendencia a fumar, beber alcohol y consumir drogas, que aquellos que han sido criados solo por la madre según un nuevo estudio en el que se analiza la influencia de los diferentes modelos familiares en el consumo de estas sustancias entre los adolescentes (Vive sin drogas, los jóvenes, 2000)

Los niños criados sólo por sus madres, tienen un 30% más posibilidades de consumir drogas que aquellos que crecen en un hogar en el que conviven el padre y la madre y ambos se llevan bien con los hijos. Sin embargo, según investigación presentada por el Centro Nacional Privado para la Adicción y el Abuso de Sustancias de la Universidad de Colombia, los niños que viven con sus padres, pero no gozan de una buena relación con ellos, tienen un 68% más posibilidades de consumir drogas (Vive sin drogas, 2000). Autores como Rogelio Aguirre Bortoni y Ann Isaacs han clasificado algunos factores predisponentes para el desarrollo de la adicción al alcohol.

Para Aguirre (2000), los factores predisponentes son:

- a) La curiosidad: esto es, querer saber que se siente al consumirlas, debido a información errónea o distorsionada.
- b) La presión de los "pares": el sentirse aceptado (que pertenece y permanece) en un grupo de amigos de la escuela, son personas que aceptan lo que les pidan aún y cuando saben que se están arriesgando.
- c) La necesidad de imitar a otros: han visto que otros lo hacen y, aparentemente, no les ha pasado nada malo, al contrario, parecen ser que son exitosos y esto último invita a seguir su ejemplo, sobre todo durante la pubertad y la adolescencia.

- d) Predisposición hereditaria: esta idea es la más popular en muchas partes, sobre todo en países como los Estados Unidos de Norteamérica, donde los investigadores han estudiado algunos casos concluyendo que el ser alcohólico se hereda.
- e) Familias especiales: esta idea sugiere que el alcoholismo y la adicción a las drogas no se manifiestan en cualquier tipo de familias, sino solamente en aquellas que tienen ciertas características muy particulares como, familias donde a habido suicidios, homicidios, problemas psiquiátricos, apostadores, adictos al sexo, bebedores fuertes, alcohólicos, drogadictos, con historias de conductas violentas o familias disfuncionales que pueden facilitar que siga existiendo el alcoholismo o la drogadicción en las siguientes generaciones.

Isaacs (1998) plantea sus teorías referentes al alcoholismo de la siguiente forma:

Teoría Biológica

- a) Factores genéticos: el abuso del alcohol en hijos de alcohólicos es 4 veces mayor que en la población general.
- b) Factores bioquímicos: el alcohólico es capaz de metabolizar el alcohol en forma más eficiente que los no alcohólicos.

Teoría Sociocultural

- a) Condiciones de vida (pobreza y problemas relacionados), pueden llevar a que se busque un alivio en el consumo de sustancias.
- b) Presión de compañeros, principalmente en la adolescencia.
- c) Fácil acceso a la sustancia y la creencia de que su consumo combate el estrés.
- d) Ambivalencia social sobre el consumo de sustancias, validando parcialmente el mensaje de que las medicinas resuelven problemas.

Teoría Familiar: Implica la existencia de un sistema familiar disfuncional, familias aglutinadas en el que los hijos se sienten cada vez más dependientes y encuentran en la sustancia psicotrópica una pseudo separación (rebeldía)

Teoría Conductista: El consumo de sustancias es una respuesta ante estímulos estresantes.

Teoría Psicoanalítica: Una mala adaptación en las primeras fases del desarrollo conduce a una fijación oral en las personalidades dependientes. Tomando sustancias se busca el alivio de la culpa y la vergüenza.

2.3 Epidemiología

En México, las estadísticas de personas que ingresan a algún tratamiento son las proporcionadas por los Centros de Integración Juvenil. A continuación se presentan las principales características de pacientes de primer ingreso a tratamiento, entre octubre y diciembre de 1998, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (1998)

- La razón de pacientes atendidos es de 7.1 hombres por cada mujer, 76% de la población atendida se ubica entre los 15 a 29 años, la mitad de la población ha cursado algún año de instrucción secundaria y 21% estaba desempleado.
- Las principales drogas de inicio son la marihuana, el alcohol, los inhalables, la cocaína y el tabaco. Cerca del 80% inicio el consumo de drogas entre los 10 y los 19 años de edad. La prevalencia para 1998 (considerada como el uso de alguna droga al menos alguna vez en la vida), fue de 62% para marihuana, 62.4% para cocaína y 49.4% para el alcohol.

En el 2002 la ENA reporta que se incrementó el índice de consumo de alcohol entre los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%. El incremento más notable se percibe en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia al alcohol.

La Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-1999) para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, la cual tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones menciona que, diversos estudios y sistemas de información y vigilancia, dan cuenta de la magnitud y de las tendencias del uso y abuso de tales sustancias en nuestro país, lo que ha permitido establecer que el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo constituyen nuestra problemática más importante, seguida por el tabaquismo y el consumo de otras sustancias psicoactivas.

En el caso de las bebidas alcohólicas, estipula que la población juvenil bebe a edades cada vez más tempranas, y su consumo excesivo repercute en los índices de morbilidad y en el costo social. Entre los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo se pueden citar: accidentes y conducta violenta, cirrosis hepática, conducta sexual riesgosa, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales y de la conducta.

En el Estado de Aguascalientes (1999), dentro de las principales causas de morbilidad hospitalaria, el síndrome de dependencia al alcohol ocupa el decimoctavo lugar; y en las principales causas de morbilidad reportadas por el Centro de Neuropsiquiatría (CN) de la Ciudad de Aguascalientes para el mismo año, el problema del alcoholismo en hombres y mujeres se manifestó como se muestra en el **Cuadro Num. 1.**

CUADRO 1

Principales causas de morbilidad reportadas en 1999 Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes

No. ORDEN	CAUSA	% 1999	
		MUJERES	HOMBRES
1	Trastornos del humor	14.43	1.42
2	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	12.44	8.02
3	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	10.95	35.38
4	Epilepsia	10.95	2.36
5	Síndrome de dependencia al alcohol	7.96	32.39
6	Retraso mental	3.48	1.10
7	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol	2.99	9.12
8	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	2.49	0.47
9	Tumores malignos Tumor maligno del cuerpo del útero, parte no especificada	0.50 0.50	0.0
10	Demencia	0.50	0.16
11	Síndrome del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	0.50	0.0
12	Enfermedad de Parkinson	0.50	0.0
13	Enfermedad de Alzheimer	0.50	0.47
14	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.50	0.47
15	Las demás causas	31.34	0.0

Fuente: ¹ Número de Egresos Hospitalarios en Unidades del ISEA en 1999.

Este CN en el 2003, reportó el síndrome de dependencia al alcohol como primera causa de servicio normal y de corta estancia².

2.4 Clasificación de la enfermedad

Para la clasificación de esta enfermedad se hará referencia a NOM-028-SSA2-1999, que tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. La clasificación de trastornos por tipo de sustancia psicoactiva se realiza conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) OMS-OPS, este grupo

² Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Centro de Neuropsiquiatría; período 26/12/2002-25/12/2003.

incluye un conjunto de trastornos de diferente gravedad y formas clínicas, pero, todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas.

Los Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de alcohol (F10) se clasifican dentro de los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas. Con motivo de ubicar el trastorno mental y del comportamiento a diagnosticar en forma más específica, así como su manejo, se deberá establecer el subtipo competente de los numerales 5.3.1.1.1 al 5.3.1.1.10, agregándose al o los elegidos anteriormente: la Intoxicación aguda, el estado de abstinencia, y el estado de abstinencia con delirio.

En la NOM-028-SSA2-1999, se entiende por *adicción o dependencia*, al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva; por *intoxicación aguda*, al estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de la conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones o respuestas psicofisiológicas; *síndrome de abstinencia o de supresión*, al grupo de síntomas y signos, cuya gravedad es variable, que aparece durante la supresión brusca, total o parcial del consumo de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente, o del consumo de altas dosis de la misma.

2.5 Etanol

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, los efectos inmediatos se deben a su acción sobre el cerebro (intoxicación aguda), produce habla pastosa, incoordinación, marcha inestable y deterioro de la atención y la memoria. Las dosis elevadas pueden causar estupor y coma, el consumo crónico produce una disfunción multisistémica.

Los síntomas de abstinencia en relación con la excitación del sistema nervioso central son:

- a) Fase precoz (6 a 12 horas tras la última bebida): ansiedad y agitación, temblores, taquicardia e hipertensión, diaforesis, náuseas y vómitos.
- c) Delirium tremens: hipertermia, diaforesis profusa, hipertensión y taquicardia, convulsiones y trastornos de la percepción (ilusiones y alucinaciones), (Isaacs, 1988)

Los efectos caracterizados por signos y síntomas neurológicos, de acuerdo a los niveles de alcohol en la sangre son:

- De 10 a 50 mg /100 ml, produce una reacción de los reflejos hasta un 15 % con pequeños subclínicos que consisten en mareo, sialorrea, rubor y sudoración.
- De 300 mg/100 ml produce deterioro "cuas" completo y depresión del sistema nervioso con presencia de apatía, somnolencia, vómitos, parálisis, hiporeflexia, areflexia, hipotermia, coma, disnea, colapso vascular, choque y muerte (Calabresi-Astolfi 1972) (Aguilar et al., 1996)

La NOM-028-SSA2-1999 define la bebida alcohólica como aquella que contenga alcohol etílico en una proporción entre 2 y 55 % en volumen.

2.6 El alcoholismo y sus consecuencias

Todas las drogas, sin excepción alguna, afectan directamente al sistema nervioso de las personas que las consumen, una en mayor proporción que otras, la destrucción causada normalmente es irreversible ya que las células nerviosas afectadas se mueren y no tienen capacidad para regenerarse. También se ven afectados el sistema respiratorio, el sistema digestivo y el sistema inmunológico.

En resumen, como todas las drogas, las sustancias extrañas al organismo al ingresar al mismo, van a provocar daño cuya magnitud en un principio es difícil de precisar, pero, con el paso del tiempo va a ser notorio especialmente para aquellas personas que están cerca del adicto. Existen algunas consecuencias aun más trascendentales que las que padece el cuerpo y estas son las emocionales, las familiares y las espirituales; como se describen a continuación según Aguirre (2000):

- *En la vida familiar:* caer en el juego de negar el problema o restarle importancia; separación de pareja, divorcio, infidelidades; el hogar se vuelve un medio amenazante y angustiante; violencia verbal y física; problemas serios con la comunicación; maltrato a los hijos y abusos de todos tipos; manipulación de la familia infundiéndoles miedo y terror.
- *En la vida social:* causa daños a los vecinos, escandaliza en el barrio o en la vía pública; enfrentamiento a golpes con otras personas; provocación de accidentes automovilísticos; comete infracciones leves a las leyes o delitos graves que requieren encarcelamiento; se convierte en una amenaza pública.
- *En la esfera emocional:* baja notoria de autoestima; confusión importante de sentimientos; negación activa y hostil como principal defensa no solo para no enfrentar la realidad, sino también para seguir consumiendo drogas; desarrollo de una capacidad especial para resentirse con todos y con todo; busca culpables para tener una explicación del porque se ha convertido en un ser tan solitario y de tan difícil trato; estados de ánimos muy cambiantes; intolerancia a la frustración; habilidad para manipular a los demás; se vuelve una persona inmadura e irracional; sensibilidad al rechazo, indiferencia o incluso a la aceptación de los demás.

- *En la vida espiritual:* es indudable que tanto el organismo como la mente de la persona se ven seriamente dañados, pero la parte espiritual es la más sensible y la más afectada, y la primera en sufrir el fuerte impacto del abuso de las bebidas alcohólicas o de las drogas. Sucede mediante un solo y exclusivo contacto por lo que sí se llegan a presentar mas intoxicaciones, el deterioro de esta parte seria cada vez mayor.

2.7 Modelos de tratamiento

Hoy en día, el contacto con el problema de la adicción al alcohol y otras drogas no le es ajeno prácticamente a ningún profesionista, ya sean trabajadores sociales, maestros, psicólogos, médicos, abogados, políticos, comunicadores ni tampoco a los ciudadanos conscientes del mundo en el que viven. Las dificultades en el tratamiento del individuo con dependencia a sustancias son complejas. Buscar estrategias de tratamiento y evaluarlas requiere de la colaboración interdisciplinaria, por tal razón, se ha visto la necesidad de estructurar programas integrales donde se trabaje de manera multidisciplinaria, con atención individual, grupal y ambiental.

Antes de la década de los cincuenta, solo existía un período breve de desintoxicación médica y/o el ingreso a un hospital psiquiátrico como atención para el alcohólico. Además se carecía de recursos materiales, había pocos profesionistas que querían trabajar y no estaban entregados para ayudar a los alcohólicos. De la llamada "experiencia Minnesota" surgió un modelo de tratamiento para este tipo de pacientes, y entre 1948 y 1950 se fundaron tres centros de tratamiento de alcohólicos en el estado de Minnesota, que desde entonces han continuado con un trabajo clínico sistemático para desarrollar y revisar este modelo integral de atención al adicto y a su familia (Kort, 2000a)

En la República Mexicana existen algunos centros de rehabilitación cuyo programa, con ciertas modificaciones y adaptaciones idiosincrásicas, se basa en el llamado Modelo Minnesota (Anderson, D. J. 1981), entre ellos está la Clínica Cantú en Cuernavaca Morelos, el de Monte Fénix en México, D. F., el de Oceanía en Mazatlán, Sinaloa y el de Unidos en la Prevención de Adicciones, A. C. en Monterrey, N. L. (Kort, 2000a)

El modelo Unidos para la Prevención de las Adicciones, se sustenta en el Modelo de Hazelden, el Programa de los Doce Pasos y la experiencia personal del Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta Rogelio Aguirre Bortoni. El programa va dirigido a ayudar a quien padece el problema, apoyar a la familia y prevenir el problema (Aguirre, 2000)

Por su parte, NOM-028-SSA2-1999 tiene como objetivo el tratamiento, el logro y mantenimiento de la abstinencia y el fomento de estilos de vida saludables. Refiere, que la atención debe brindarse en forma ambulatoria o bajo la modalidad de internamiento, a través del modelo profesional, el de ayuda mutua, el mixto o modelos alternativos.

El Modelo Minnesota, ha servido para desarrollar programas de rehabilitación para alcoholismo y drogadicción, ofrece apoyo profesional y guía necesaria para alcanzar las metas del tratamiento, tiene un enfoque integral y multidisciplinario orientado hacia la abstinencia y esta basado en los principios de los Doce Pasos, los principios de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, aboga por el concepto de enfermedad sin cura, pero con recuperación. Tiene dos metas a largo plazo: la abstinencia del alcohol y/o otras drogas; y una vida de calidad con salud física y emocional, incluye un Programa de Cuidado Continuo desarrollado y estructurado como red de apoyo para la persona en recuperación (Kort, 2000a)

En la Ciudad de Aguascalientes el Centro de Atención a Problemas Relacionados con las Adicciones (CAPRA), surge en 1991 como un programa del Centro de Neuropsiquiatría con la filosofía de servir con eficiencia, respeto y responsabilidad. Su misión es proporcionar atención integral a las personas que abusan o dependen de sustancias psicoactivas, buscando la abstinencia total e incrementar el bienestar físico, mental y social tanto del paciente como de su familia. Los servicios que ofrece son desintoxicación, rehabilitación, orientación familiar y atención en consulta externa, proporciona actividades terapéuticas, inserción a grupos de autoayuda de A. A., Alanon, y N. A. El equipo de trabajo está constituido por personal de Enfermería, Trabajo Social, Médicos Generales, Médicos Psiquiatras y Psicólogos (CAPRA, 1991)

2.8 Capacitación

Una profesión la componen un grupo de personas que comparte un cuerpo de conocimientos, un código ético en su trabajo y relaciones justas con sus colegas. La atención de pacientes adictos y sus familias debe ser guiado por el antiguo lema: ante todo no dañar (*primum non nocere*) y no lastimar por no actuar... hay que volver a revisar lo que se cree y lo que se hace... el conocimiento jamás es absoluto, siempre debe haber espacio para reflexionar y cuestionar lo que se está haciendo (Kort, 2000b)

Desde el punto de vista ético, el clínico toma decisiones basadas en beneficio del paciente, lo cual es algo complicado ya que su trabajo se mueve en lo subjetivo, es decir, actitud, espiritualidad, autodisciplina, sistemas de valores y creencias; cuando el terapeuta no confronta o revisa sus propios principios éticos, difícilmente lo podrá hacer con el paciente. Una de las metas terapéuticas en la atención del paciente alcohólico es su **autonomía**, por lo que es de suma importancia la capacitación del profesional que atiende personas con problemas de adicciones.

La capacitación se entiende como el proceso enseñanza - aprendizaje que pretende modificar la conducta de las personas en forma planeada y conforme a objetivos específicos. Se capacita con base a necesidades específicas para: incrementar conocimientos, desarrollar habilidades y modificar actitudes para el correcto desempeño de un puesto determinado; para actualizar a los trabajadores en la aplicación de nueva tecnología, ocupar nuevas posiciones y en general para el desarrollo de las personas y el mejoramiento de las organizaciones. Se orienta al análisis de las formas de pensar, actuar y sentir de los trabajadores y empleados en el ámbito de la empresa, la familia y la comunidad, con el propósito de participar en la elaboración de una "filosofía organizacional", que guíe la realización y los satisfactores individuales para que sean acordes a los objetivos de la empresa (Pinto, 1990)

En este aspecto, la NOM-028-SSA2-1999, estipula que las acciones de capacitación y enseñanza deberán aplicarse con el objeto de contar con recursos humanos, profesionales y técnicos suficientes y bien preparados para afrontar el problema, apoyar la creación de programas integrales sobre prevención, investigación, tratamiento, rehabilitación y control del tabaquismo, el alcoholismo, el abuso de bebidas alcohólicas, y de la farmacodependencia, así como, elevar la calidad de tales acciones y fomentar el intercambio de experiencias y conocimientos.

Las acciones en materia de capacitación se deben realizar a través de cursos, talleres, seminarios, congresos y cualquier otro foro para investigación y, capacitar al personal que lo requiera para que efectúen actividades de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas; en materia de enseñanza determina realizar diplomados y cursos especializados que cuenten con valor curricular, de conformidad con las disposiciones vigentes.

2.9 Constructivismo y aprendizaje significativo

La Teoría del Constructivismo o Psicogenética, data de la tercera década del siglo XX, y se encuentra en los primeros trabajos realizados por Jean Piaget- psicología genética piagetiana (Hernández, 1999), mantiene que el individuo- tanto en los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos- no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, si no una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre estos dos factores, en consecuencia, el conocimiento no es una copia fiel de la realidad, sino una construcción del ser humano. Este proceso de construcción depende de:

- Los conocimientos previos o representaciones que se tenga de la nueva información o de la tarea o actividad a resolver
- De la actividad externa o interna que el aprendiz realice al respecto (Díaz et al., 1998)

La postura constructivista se alimenta de las aportaciones de diversas corrientes psicológicas asociadas genéricamente a la psicología *cognitiva*: el enfoque psicogenético piagetiano, la teoría de los esquemas cognitivos, la teoría ausbeliana de la asimilación y el aprendizaje significativo, la psicología sociocultural vigotsklana, así como algunas teorías instruccionales, entre otras.

El constructivismo postula la existencia y prevalencia de procesos activos en la construcción del conocimiento: habla de un sujeto cognitivo aportante, que claramente rebasa a través de su labor constructiva lo que le ofrece su entorno. La concepción constructivista del aprendizaje escolar se sustenta en la idea de que la finalidad de la educación que se imparte en las instituciones educativas es, promover los procesos de crecimiento personal del alumno en el marco de la cultura del grupo al que pertenece, a través de la participación del alumno en

actividades intencionales, planificadas y sistematizadas que logren propiciar en éste una actividad mental constructiva.

Diversos autores han postulado que es mediante la realización de aprendizajes significativos que el alumno construye significados que enriquecen su conocimiento del mundo físico y social, potenciando así su crecimiento personal. De ésta manera los tres aspectos claves que debe favorecer el proceso instruccional serán el logro del aprendizaje significativo, la memorización comprensiva de los contenidos escolares y la funcionalidad de lo aprendido.

Lo anterior implica que la acción última de la intervención pedagógica es desarrollar en el alumno la capacidad de realizar aprendizajes significativos por si solo (enseñar a pensar y actuar sobre contenidos significativos y contextuados) en una amplia gama de situaciones y circunstancias (aprender a aprender)

Principios del aprendizaje constructivista:

- El aprendizaje es un proceso constructivo interno, autoestructurante.
- El grado de aprendizaje depende del nivel del desarrollo cognitivo.
- Punto de partida de todo aprendizaje son los conocimientos previos
- El aprendizaje es un proceso de (re)construcción de saberes culturales.
- El aprendizaje se facilita gracias a la mediación o interacción con los otros.
- El aprendizaje implica un proceso de reorganización interna de esquemas.
- El aprendizaje se produce cuando entra en conflicto lo que el alumno ya sabe con lo que debería saber.

Dada la concepción que la teoría constructivista tiene del alumno, del aprendizaje y la acción pedagógica, la capacitación del personal de enfermería del Centro de Neuropsiquiatría, se realizará en virtud a dicho paradigma.

2.10 Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson se enmarca en la filosofía humanista por lo que al hombre se le estudia en los aspectos biopsicosociales y espirituales, se sustenta en las necesidades básicas del ser humano las cuales se necesitan satisfacer mediante la aplicación del Proceso de Enfermería, el cual, según Rosalina Alfaro (1973), es un "método sistemático organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente o las alteraciones de salud, reales o potenciales" (García, 1997)

El modelo de Henderson se ha definido como la organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las **necesidades** de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su **independencia**. El rol de la enfermera en este modelo es ayudar al individuo sano o enfermo, al mantenimiento y la recuperación de la salud (o asistirle en sus últimos momentos) mediante la realización de tareas que él mismo llevaría a cabo si tuviera la **fuerza** y la **voluntad** para ello o poseyera los **conocimientos** requeridos (Phaneuf, 1999)

Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, un profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes, por lo que la considera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados en 14 componentes o necesidades básicas del paciente, que abarca todas las posibles funciones de la enfermera, estos son (García,1997):

- | | |
|--|--|
| 1. Respirar | 8. Moverse y mantener una postura adecuada |
| 2. Comer y beber | 9. Vestirse y desnudarse |
| 3. Eliminar | 10. Comunicarse con los semejantes |
| 4. Dormir y descansar | 11. Aprender |
| 5. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales | 12. Distraerse |
| 6. Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos | 13. Preocuparse de la propia realización |
| 7. Evitar peligros | 14. Actuar según las propias creencias y valores |

Los catorce componentes de los cuidados de enfermería orientan en la valoración, diagnóstico (de enfermería), planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería. En la base de este modelo se hallan algunos postulados que constituyen sus principales parámetros y se agrupan en torno a los conceptos siguientes (Phaneuf, 1999):

- En algunos casos, la persona tiene la necesidad de ayuda para conservar la salud o recuperarla, recobrar su independencia o morir en paz.
- La persona cuidada es un ser biopsicosocial y espiritual.
- La persona, sana o enferma, experimenta ciertas necesidades cuya satisfacción es esencial para su supervivencia.
- La persona debe tener la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios para vivir saludablemente.
- La persona se relaciona con su familia y con la comunidad en la que vive.
- La salud depende, en gran parte, de la capacidad de la persona para mantenerse independiente frente a la satisfacción de sus necesidades.
- Los cuidados enfermeros se prodigan en interdependencia con los otros miembros del equipo de cuidados.
- Los cuidados enfermeros se sitúan dentro de un enfoque científico de resolución de problemas y se dirigen a unos cuidados personalizados.
- Los cuidados enfermeros suponen la utilización de un plan de cuidados escrito.

Los principales conceptos de este modelo son (García,1997; Phaneuf, 1999):

- **Persona:** El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y su familia conforman una unidad.
- **Salud:** La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades. La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano.
- **Fuerza:** La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.
- **Voluntad:** La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o factores socioculturales.
- **Conocimiento:** Entendido como el desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedad, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su progreso, en general a lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.
- **Entorno:** Es el medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad (hogar, trabajo, escuela, hospital). Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermera puede interferir en tal capacidad, por lo tanto el profesional de enfermería debe

proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos mecánicos o físicos.

- **Necesidad:** Es la exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.
- **Independencia:** Consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta, en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por sí misma algunas acciones sin ayuda ajena.
- **Dependencia.** Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitirán, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

El Proceso de Enfermería, que según Rosalina Alfaro (1973), es un “método sistemático organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente o las alteraciones de salud reales o potenciales” (García, 1997), contempla cinco etapas que en este caso, serán aplicadas de acuerdo al modelo de Virginia Henderson (García, 1997):

1. **VALORACIÓN:** Se elabora reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia de enfermería que abarca las catorce necesidades básicas del paciente.
2. **DIAGNÓSTICO:** Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia (sus necesidades y capacidades) En cada una de las necesidades básicas, y los problemas de salud reales y potenciales, se utilizan las Categorías Diagnósticas o Diagnósticos de Enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA)
3. **PLANIFICACIÓN:** Se desarrolla el plan de acción con el paciente y su familia, que incluirá la determinación de prioridades y objetivos, actividades de enfermería,

del paciente y la familia que ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecido, los registros del plan de cuidados y las indicaciones médicas.

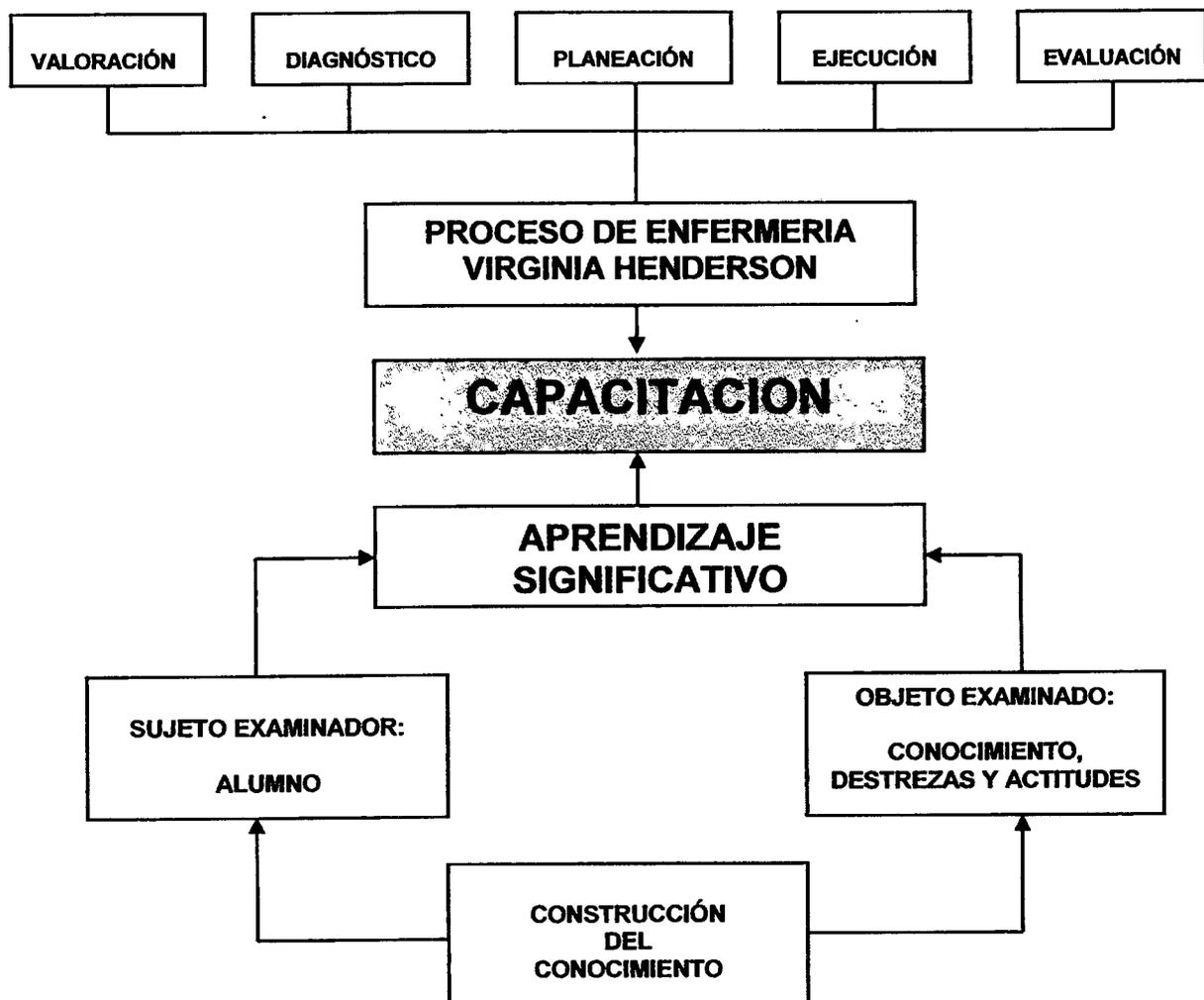
4. EJECUCIÓN: Se efectúan las actividades prescritas durante la etapa de la planificación, se determinan las intervenciones del paciente o de la familia en plan de cuidados y, se identifican nuevos problemas o avances.

5. EVALUACIÓN: Se realiza en base a los objetivos propuestos y se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algún cambio.

2.11 Marco conceptual

La capacitación del personal de enfermería en la atención del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol, se llevó a cabo de acuerdo al Proceso de Enfermería adaptando el Modelo Conceptual de Virginia Henderson y la Teoría Constructivista, dadas la experiencia que el personal de enfermería del Centro de Neuropsiquiatría tiene en este tipo de pacientes, y las características que poseen los enfermos en el deterioro de su entorno biológico, psicológico, social y espiritual, desarrollando cada una las etapas del proceso en virtud al cuadro clínico de dichos padecimientos.

Capacitación con enfoque Constructivista en el Proceso de Enfermería adaptado al Modelo de Virginia Henderson



Adaptado por: Leticia Rocio Herrera Cisneros

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

De acuerdo a la clasificación y conceptualización de los diseños de investigación que hace Baptista et al., (1991) para dar respuesta a la pregunta de esta investigación se utilizó un diseño de tipo cuasi experimental, interviniendo en los sujetos de estudio (variables independientes) para ver su efecto y relación con el objeto de estudio (variable dependiente) para lo cual, se aplicó al personal de enfermería del Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes un cuestionario, una lista de cotejo y una escala Lickert antes y después de la capacitación.

3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
CAPACITACION	<p>Proceso de enseñanza-aprendizaje que pretende modificar la conducta de las personas en forma planeada y conforme a objetivos (Pinto, 1990)</p> <p>La capacitación se realizará en forma integral, considerando las áreas:</p> <p>COGNITIVA (apéndice:1) Incrementar los conocimientos para la atención del paciente intoxicado y con síndrome de abstinencia por alcohol</p> <p>PSICOMOTORA (apéndice 2) Desarrollar destrezas para la atención del paciente intoxicado y con síndrome de abstinencia por alcohol</p> <p>APECTIVA (Cuadro2 y apéndice 3) Modificar actitudes para la atención del paciente intoxicado y con síndrome de abstinencia por alcohol</p>	<p>Modificación de competencia laboral</p> <p>20 preguntas: Valor mínimo = 0 puntos Valor máximo = 100 puntos Ponderación = 6.0</p> <p>8 indicadores Valor mínimo = 0 Valor máximo = 40 Ponderación = 2.0</p> <p>6 indicadores 5 ítem por indicador con 4 opciones de respuesta. Valor mínimo = 30 Valor máximo = 120 Ponderación = 2.0</p>	<p>Cuantitativa discreta</p> <p>Suma de calificación ponderada de las tres dimensiones de la capacitación.</p> <p>Resultado en porcentaje.</p>

**CUADRO 2
OPERACIONALIZACION DEL ÁREA AFECTIVA**

ACTITUD	DEFINICION OPERACIONAL	TOPICO	No. ITEM
RESPECTO	Cuidar la vida y los Derechos Humanos del paciente con deferencia, a cusa de su estado de intoxicación aguda o síndrome de abstinencia por alcohol	1. Procuro el bienestar físico y mental del paciente	1
		2. Evito cometer fallas en contra de la vida y los Derechos Humanos del paciente	29
		3. Empleo medidas de seguridad que son necesarias para la protección del paciente	12
		4. Me percato del impacto de mis intervenciones en el bienestar del paciente	7
		5. Trato sin morbosidad el diagnóstico medico del paciente	18
CONFIDENCIALIDAD	Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño al propio paciente o a terceros	1. Proporciono al paciente y familiares solo información autorizada, sobre su estado de salud	16
		2. Cuido el buen uso del expediente clínico	5
		3. Evito divulgar el diagnóstico médico del paciente	20
		4. Guardo el secreto profesional	22
		5. Actuó con la discreción necesaria en la atención del paciente	9
EMPATIA	Comprender sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política los sentimientos, motivos, ideas y conductas del paciente manteniendo una relación estrictamente profesional	1. Llamo por su nombre al paciente	10
		2. Escucho al paciente sin juzgar, criticar o condenar	24
		3. Proporciono buen trato al paciente independientemente de su clase social, creencia religiosa o diagnóstico médico	6
		4. Escucho con atención los sentimientos, motivos e ideas del paciente	25
		5. Soy amable con el paciente independientemente de sus conductas	15
GENEROSIDAD	Procurar el bien del paciente cuidando su integridad ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos	1. Ofrezco al paciente protección y seguridad en los cuidados otorgados	3
		2. Proporciono cuidado integral al paciente de acuerdo a sus necesidades y problemas de salud	26
		3. Aplico los principios de enfermería en la atención del paciente	13
		4. Estoy dispuesta cuando el paciente me solicita atención	27
		5. Propicio buenas relaciones con el paciente y sus familiares	11
RESPONSABILIDAD	Asumir como miembro del equipo de salud, las consecuencias de los cuidados de enfermería realizados hacia el paciente.	1. Identifico necesidades en el paciente y establezco un buen plan de cuidados	21
		2. Implemento el plan de cuidados con profesionalismo	14
		3. Evalúo los resultados del plan de cuidados	17
		4. Asumo mi papel en la atención integral del paciente	19
		5. Preveo las consecuencias que puede tener los actos propios de mi desempeño y corrijo las desviaciones	4
ACEPTACION	Acoger de manera cortés al paciente que sufre de intoxicación aguda o síndrome de abstinencia por alcohol.	1. Trato a este paciente como persona enferma	30
		2. Evito criticar o juzgar las causas de la enfermedad del paciente	8
		3. Proporciono cuidados al paciente con agrado	23
		4. Colaboro profesionalmente en el tratamiento del paciente	28
		5. Mantengo estabilidad emocional ante las reacciones verbales del paciente	2

Asesor: Lic. Ps. Magdalena del Rocío López Guerra

3.2 Operacionalización de variables

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
EDAD	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Edad en años cumplidos	Cuantitativa discreta
SEXO	Características fenotípicas	Femenino Masculino	Cualitativa nominal
ESTADO CIVIL	Situación civil	Soltero Casado Viudo	Cualitativa nominal
GRADO ACADÉMICO	Nivel académico que posee el personal en la disciplina de enfermería	Auxiliar Técnico Postécnico Licenciatura	Cualitativa ordinal
ANTIGÜEDAD	Tiempo de laborar en el Centro de Neuropsiquiatría	Número de años expresado por el trabajador	Cuantitativa discreta
TURNO	Jomada de trabajo en el Centro de Neuropsiquiatría	Matutino Vespertino Nocturno Jomada variada	Cualitativa nominal

3.3 Universo

Personal de enfermería del Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes.

3.4 Población de estudio

El estudio se realizó con el personal de enfermería que labora en los servicios de urgencias de adicciones y urgencias psiquiátricas, conformado por catorce personas que atienden pacientes con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol.

- **Criterios de inclusión:**

Personal de enfermería suplente y de base adscrito a los servicios de urgencias de los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada variada.

- **Criterios de exclusión:**

Personal de enfermería suplente y de base que no labore en los servicios de urgencias.

- **Criterios de eliminación:**

Personal de enfermería que no concluya el programa de capacitación.

3.5 Diseño de Instrumentos

La capacitación se llevó a cabo mediante la aplicación de un programa teórico – práctico (apéndice 4), cuyo objetivo fue, proporcionar al personal de enfermería del Centro de Neuropsiquiatría conocimientos teóricos, implementación del Proceso de Enfermería de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson y psicología aplicada para la atención del paciente intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol.

El **área cognitiva** se evaluó a través de un cuestionario (apéndice 1) que reflejó los conocimientos previos y posteriores a la aplicación del programa de capacitación, el resultado máximo fue de 100 puntos y se ponderó por 0.6.

El **área psicomotora** se evaluó directamente en el servicio durante el ejercicio de la atención de enfermería mediante una lista de cotejo (apéndice 2), con el propósito de conocer la manera en que fueron aplicados los procedimientos antes y después de la capacitación. El instrumento tiene 40 puntos máximos, y el resultado se ponderó por 0.2. Un observador externo llevó a cabo la aplicación de la LISTA DE COTEJO con apoyo de la GUIA DE PRACTICA (apéndice: 6), de acuerdo a las siguientes instrucciones:

Revisar en la GUÍA DE PRACTICA:

- a) Signos y síntomas detectados en la VALORACION del paciente.
- b) DIAGNOSTICO seleccionado, verificando que la elección se haya llevado a cabo en virtud a los signos y síntomas detectados.
- c) Intervenciones de enfermería elegidas en la PLANIFICACION.
- d) Intervenciones de enfermería aplicadas en la EJECUCION.
- e) EVALUACIÓN del alcance de independencia que se logro en el paciente.

Verificar la etapa de EJECUCIÓN, utilizando la LISTA DE COTEJO para:

- a) Identificar las intervenciones elegidas en la planificación
- b) Confrontar la EJECUCIÓN de las intervenciones planificadas en cada necesidad, marcando con una "X" la opción SI, NO o NA

SI: significa que la actividad planificada fue ejecutada (1 punto)

NO: significa que la actividad planificada no fue ejecutada (0 puntos)

NA: significa necesidad valorada y no presente en el paciente (1 punto)

El **área afectiva** se evaluó a través de una escala Lickert con seis indicadores, cinco ítem para cada indicador con cuatro opciones de respuesta por indicador (casi nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre); el instrumento tuvo un valor máximo de 120 puntos, ponderado en 0.2.

Se solicitó a la Facultad de Enfermería de Celaya, Gto. y al Departamento de Psicología del Centro de Ciencias y Humanidades de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, que a través de sus comités académicos se revisara el programa de capacitación (incluyendo sus instrumentos de evaluación). Se realizaron comentarios y sugerencias por estas instancias, la cuales fueron retomadas y puestas en práctica.

3.6 Recolección de la información

Se llevó a cabo en tres etapas:

3.6.1 DIAGNOSTICO: se estableció el nivel de conocimientos teóricos, destrezas y actitudes que posee el personal de enfermería para la atención del paciente, para lo cual:

a) El investigador aplicó un cuestionario al personal (una sola sesión) para establecer el nivel de conocimientos teóricos (apéndice 1)

b) El investigador, observó en cada turno de trabajo las destrezas del personal con utilización de una lista de cotejo elaborada ex profeso para esta investigación, con base al contenido teórico-práctico del curso (apéndice 2)

c) El investigador aplicó (en una sola sesión) al personal una escala Lickert, elaborada por la investigadora y un psicólogo, para identificar las actitudes (apéndice 3)

3.6.2. CAPACITACION: El programa estuvo dirigido a la capacitación sobre conocimientos teórico-prácticos, psicología aplicada y el Proceso de Enfermería en virtud al Modelo de Virginia Henderson, con enfoque al paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol (apéndice 4, 5, 6). Participaron en la capacitación como docentes: un Médico Familiar, un Licenciado en Psicología y dos Licenciado en Enfermería.

La capacitación se desarrolló bajo el enfoque constructivista, por lo que se evaluaron las áreas cognitiva, psicomotora y afectiva del personal de enfermería, ubicados en los servicios de urgencias del Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes.

DATOS DEL PROGRAMA ACADEMICO:

NOMBRE: Capacitación para la Atención de Enfermería del Paciente Intoxicado y Síndrome de Abstinencia por Alcohol

CUPO: 14 personas

LUGAR: Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes

TIEMPO: Febrero-marzo 2003

INSTRUMENTACIÓN DIDACTICA: (anexo 5)

3.6.3. EVALUACIÓN: esta etapa se llevó a cabo una vez concluida la capacitación, a través de las siguientes acciones:

a) La investigadora aplicó al personal un cuestionario (apéndice 1), y se analizaron ambos resultados.

b) El observador adjunto (previa capacitación) verificó por medio de la lista de cotejo (apéndice 2), la diferencia entre las destrezas mostradas antes y después de la capacitación.

c) El observador adjunto (previa capacitación) aplicó la escala Lickert (apéndice 3) al personal para detectar diferencias en actitudes.

3.7 Plan para el procesamiento y análisis de datos

La captura de los datos se realizó a través de sistema computarizado utilizando el paquete estadístico SPSS 10.0 (Statiscal Packager for Social Sciences) para el análisis de la información. Se manejó la estadística descriptiva para el análisis primario de los datos. Para probar la hipótesis de la efectividad del programa en las áreas cognitiva, psicomotriz y afectiva se empleó la estadística inferencial paramétrica aplicando la prueba de "t" pareada para establecer la diferencia de medias de las calificaciones obtenidas antes y después de la capacitación.

3.8 Administración del proyecto

Se solicitó registro del proyecto a las autoridades del hospital donde se llevó a cabo el estudio, para ello se expuso el proyecto y se explicaron los objetivos del mismo. En la Comisión Mixta de Capacitación del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes se entregó el proyecto, con la intención de solicitar apoyo para el reconocimiento de los ponentes y asistentes a la capacitación. Se darán a conocer los resultados de la investigación a los directivos del Instituto, del Centro de Neuropsiquiatría y al personal de Enfermería.

El personal participante se convocó a través de la dirección de la institución para solicitar su participación en el estudio. En reunión formal se hizo la presentación del programa de capacitación por parte del investigador, haciendo énfasis en los beneficios que se lograrán en el paciente y su familia, en el aspecto profesional del personal, y la propia institución.

3.9 Consideraciones éticas del estudio

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, ésta investigación se considera SIN RIESGO (Art. 17; apartado I), ya que no se realizó ninguna intervención o modificación riesgosa en los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales de las personas que en este estudio participaron, sin embargo, se informó a los involucrados mediante una sesión, en que consistirá su participación y cuáles serán los beneficios personales y para la institución.

IV. RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de Centro de Neuropsiquiatría (CN) de la Ciudad de Aguascalientes, ubicado en la Carretera a la Cantera Km 4.2.

EL CN es operado bajo la fiscalía del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, en el se ofrece atención especializada a pacientes con problemas psiquiátricos. En 1991 surge el Centro de Atención a Problemas Relacionados con las Adicciones (CAPRA), como programa del CN.

Actualmente, existe un servicio de urgencia para el paciente psiquiátrico y otro para desintoxicación de pacientes adictos. Ambos servicios operan de manera coordinada dado las complicaciones de tipo psiquiátrico que puede presentar un paciente adicto en fase de intoxicación o síndrome de abstinencia por alcohol, como trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias adictivas.

4.1 Análisis Descriptivo

4.1.1 Características personales y laborales

La selección de la muestra de este trabajo se realizó por conveniencia, considerando catorce enfermeras y enfermeros que laboraban en los servicios de urgencias antes mencionados, siete de nombramiento de base y siete suplentes correspondientes a los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada variada. En el transcurso de la capacitación se eliminaron por licencia médica una enfermera de base y tres suplentes.

La edad promedio de las diez personas que finalmente quedaron en el estudio fue de 29.5 años ($SD \pm 8.7$), rango de edad entre 18 y 48, seis de los participantes fueron del sexo femenino, cuatro solteros, seis se ubicaban en el

turno matutino, siete tenían estudios de técnico en enfermería, tiempo de laborar en el CN en promedio de 7.5 años (SD \pm 5.1) rango de 1 a 18 (Cuadro No. 3).

CUADRO 3

**Características personales y laborales del grupo de estudio
Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes
Febrero – Marzo de 2003**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	6 Femenino	60
	4 Masculino	40
ESTADO CIVIL	4 Soltero	40
	6 Casado	60
GRADO ACADEMICO	3 Auxiliares de enfermería	30
	7 Técnico en enfermería	70
TURNO	6 Matutino	60
	1 Vespertino	10
	3 Nocturno	30

Fuente: Cuestionario (anexo 1)

4.1.2 Programa de capacitación

Se implementó un programa de capacitación al personal de enfermería del CN de los servicios de urgencias sobre conocimientos teórico prácticos de alcoholismo, psicología aplicada y el Proceso de Enfermería (PE) de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson (MVH), con enfoque a la atención del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol realizado en instalaciones del mismo centro. Las sesiones se programaron tres horas de lunes a viernes, del 24 de febrero al 28 de marzo de 2003. Se contó con la participación docente de dos Licenciados en Enfermería, un Médico Familiar y un Licenciado en Psicología.

El curso en su dimensión teórica se efectuó en la sala de usos múltiples y la práctica se realizó directamente con pacientes que se encontraban internados en los servicios de urgencias del CN, para tal efecto se elaboró el programa académico (apéndice 4), una Instrumentación Didáctica (ID) (apéndice 5) y una Guía de Práctica (GP) (apéndice 6), los resultados se describen a continuación.

a) Área cognitiva

Se contó con la presencia de los ponentes programados al 100%; en los alumnos la asistencia fue de 90% y puntualidad del 89%. El área cognitiva fue evaluada antes y después de la capacitación con un cuestionario conformado por 20 reactivos relacionados con conocimientos generales sobre el alcoholismo, psicología aplicada y el Proceso de Enfermería en función del Modelo de Virginia Henderson, nueve de las preguntas fueron de opción múltiple, ocho abiertas y tres con dos opciones a complementar.

Antes de la capacitación, con excepción de las preguntas cinco y seis, que básicamente cuestionan aspectos humanísticos (quién y qué es una persona...; quién puede llegar a ser un paciente...), las respuestas correctas fueron menores al 70%.

Al realizar el análisis de los resultados se encontró un incremento promedio de 54 puntos porcentuales en el examen posterior a la capacitación ($SD \pm 1.44$). Llama la atención que la pregunta ocho que presentó alta respuesta antes de la capacitación, tuvo una diferencia negativa de diez puntos posterior a la instrucción. De igual forma es importante mencionar, que las preguntas con mayores diferencias positivas fueron aquellas que se relacionaron con los temas de alcoholismo, Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. **(Cuadro No. 4).**

CUADRO 4

Porcentaje de respuestas correctas por pregunta antes y después de la capacitación Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes Febrero-Marzo 2003

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	RESPUESTAS CORRECTAS		
	ANTES CAPACITACIÓN %	DESPUES CAPACITACIÓN %	DIFERENCIAS %
1. Según la OMS el alcoholismo es...	30	90	+60
2. Factores que predisponen a un persona para el consumo de alcohol...	40	90	+50
3. En el Estado de Aguascalientes en 1999, el alcoholismo ocupa el ...	60	100	+40
4. El etanol en el organismo humano actúa como un...	60	100	+40
5. Quien y que es una persona...	80	100	+20
6. Quien puede llegar a ser un paciente...	90	100	+10
7. Como debe considerar la enfermera (o) al paciente...	50	70	+20
8. Que es la relación enfermera – paciente...	70	60	-10
9. Como debe ser tratado por el personal de Enfermería un paciente en estado de intoxicación o síndrome de abstinencia por alcohol...	40	90	+50
10. Mencionar cinco teorías relacionadas con el alcoholismo...	20	90	+50
11. Mencionar el cuadro clínico de la intoxicación aguda por alcohol y síndrome de abstinencia por alcohol...	40	100	+60
12. Mencionar las consecuencias del consumo de alcohol según, Rogelio Aguirre Bortoni...	10	90	+80
13. Cual es la filosofía del Modelo de Tratamiento de CAPRA...	10	90	+80
14. Cual es el objetivo de la NOM – 028 – SSA – 1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones...	10	90	+80
15. De acuerdo al Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, mencionar necesidades básicas a detectar en la valoración del paciente con intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por alcohol...	10	100	+90
16. Escribir los diagnósticos de enfermería por cada necesidad planteada en la pregunta anterior...	0	100	+100
17. De acuerdo con los diagnósticos de la pregunta anterior, cite las intervenciones independientes de enfermería, para la planificación de cuidados...	0	100	+100
18. Existe alguna diferencia entre el paciente y el no paciente...	10	100	+100
19. Es importante la comunicación entre la enfermera (o) y el paciente...	60	100	+100
20. Existen obstáculos en la comunicación que se establece entre el personal de enfermería y el paciente...	50	100	+100

Fuente: Cuestionario (anexo 1)

Evaluación del desarrollo del curso en el área cognitiva: aplicación del Programa de Capacitación

Al concluir la capacitación en aula, se realizó una evaluación para conocer la opinión de los alumnos respecto al desarrollo del curso, con los siguientes resultados: 80% manifestó que el tiempo de duración fue suficiente, 90% que el horario fue adecuado. En relación a los temas: para el 100% fueron acordes al objetivo general y 80% consideró que fueron suficientes en cuanto a cantidad, el 90% opinó que los objetivos específicos de cada tema se lograron. Respecto a las técnicas didácticas utilizadas 90% las consideró buenas, el manejo de los temas por parte de los docentes fue bueno en un 100%, acerca del aula donde se impartieron las clases solo el 60% dijo que fue adecuada.

Los alumnos en general sugirieron que se impartan con frecuencia este tipo de cursos para aprender más y actualizarse, se incremente el número de horas práctica y sea menos teoría, ofrecer las clases en una aula con suficiente ventilación y comodidad, adecuar el horario de los cursos a la jornada laboral de los trabajadores, también externaron su compromiso por aplicar lo aprendido en el ejercicio de su trabajo y calificaron el curso como de buena calidad.

b) Área psicomotriz

En la etapa diagnóstica del estudio se observó de manera general, **mediante una lista de cotejo**, que el cuidado del paciente con intoxicación aguda o síndrome de abstinencia por alcohol, se basaba en las siguientes funciones de enfermería: **dependientes** (prescripciones médicas): administración de medicamentos y soluciones parenterales, medición de signos vitales, solicitud de dietas, aplicación de la posición semifowler, extracción de muestras orgánicas para laboratorio y vigilancia del síndrome de supresión alcohólica y estado neurológico; **independientes** (propias de enfermería): higiene del paciente mediante baño de regadera, registros en formato correspondiente de: eliminación

de excretas vesical e intestinal, signos vitales, ingesta de alimentos y signos y síntomas presentados por el paciente; **interdependientes** (con demás miembros del equipo de salud): solicitud de interconsultas psiquiátricas, psicológicas e intervención de trabajo social.

Posterior a la capitación sobre el cuidado del paciente con intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por alcohol, con base al PE y al MVH, los resultados obtenidos a través de la lista de cotejo fueron los siguientes: “actividad planificada y ejecutada” 63%; “actividad planificada no ejecutada” 7%. Dentro de las consideraciones que realizó el observador adjunto se desprende un 30% de “necesidades no presentes” en el paciente. Si consideramos que el evaluar correctamente las necesidades presentes en el paciente implica una adecuada planificación de actividades, entonces se puede establecer una aplicación del proceso de enfermería del 93%. **(Cuadro Núm. 5).**

CUADRO 5

**Número y porcentaje de actividades planificadas ejecutadas,
no ejecutadas y necesidades no presentes según
el Modelo Virginia Henderson
Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes
Febrero – Marzo de 2003**

NECESIDAD	FRECUENCIA		NECESIDAD NO PRESENTE
	ACTIVIDAD PLANIFICADA EJECUTADA	ACTIVIDAD PLANIFICADA NO EJECUTADA	
1. Respirar	18	10	22
2. Beber y comer	42	0	8
3. Mantener la temperatura corporal en límites normales	18	0	32
4. Eliminar los desechos corporales	26	0	24
5. Dormir y descansar	24	2	24
6. Evitar peligros	42	0	8
7. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos	50	0	0
8. Comunicarse con los semejantes	32	16	0
SUMATORIA	252	28	118
PORCENTAJE	63%	7%	30%

Fuente: Lista de cotejo (anexo 2)

Evaluación del desarrollo del curso en el área psicomotriz: aplicación del Proceso de Enfermería mediante la Guía de Práctica

Se administró una encuesta, posterior a la capacitación, para indagar en los alumnos su experiencia en la aplicación del PE en el cuidado del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol, y sus respuestas fueron: 70% manifestó haber utilizado los conocimientos teórico prácticos que recibió en el curso; para el 60% la GP facilitó el quehacer de enfermería; 80% opinó que la GP

para la aplicación del PE no debe ser modificada y quienes consideraron lo contrario, propusieron se incremente el número de necesidades; el 100% de los alumnos contestó que los cuidados que proporcionó con la utilización del PE mediante la GP, fueron de manera organizada, individualizada y adecuada a las necesidades del paciente. Además agregaron, haberse sentido satisfechos al suministrar cuidados de enfermería con fundamento científico, reconocer y tratar al paciente como un enfermo y que, la utilización del PE fomenta el trabajo en equipo por lo que sugieren ofrecer este curso a los demás miembros del Departamento de Enfermería del CN.

c) Área afectiva

Se consideraron 6 dimensiones para definir operacionalmente la variable actitud, el máximo puntaje a obtener por dimensión fue de 20 puntos, de ahí se desprende que la responsabilidad (13.1) y la generosidad (14.2), fueron las dimensiones donde se obtuvo el menor puntaje antes del curso, manteniendo un comportamiento similar después de la capacitación (15.6 y 15.4 respectivamente). Sin embargo, al establecer la comparación pre y pos capacitación la actitud de responsabilidad mostró un reforzamiento de 2.5 puntos en promedio, el mayor obtenido para esta área, pasando de 13.1 a 15.6. **(Cuadro Núm. 6).**

CUADRO 6

**Promedio, desviación estándar y puntaje
de actitudes antes y después de la capacitación
Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes
Febrero – Marzo de 2003**

ACTITUD	ANTES CAPACITACION			DESPUES CAPACITACION		
	PROMEDIO	SD	PUNTAJE MIN/MAX	PROMEDIO	SD	PUNTAJE MIN/MAX
Respeto	16.9	2.5	11 - 20	16.8	1.7	15 - 20
Confidencialidad	16.4	2.2	12 - 19	16.8	1.4	14 - 19
Empatía	16.2	1.4	14 - 18	17.3	2.3	14 - 20
Generosidad	14.2	1.4	12 - 16	15.4	2.0	13 - 20
Responsabilidad	13.1	2.5	9 - 17	15.6	2.6	12 - 20
Aceptación	16.2	2.3	11 - 19	16.2	2.0	13 - 20

Fuente: Escala Lickert (anexo 3)

Ponderación de calificaciones finales por área

Una vez analizadas las calificaciones obtenidas por área, se ponderaron de acuerdo a la asignación establecida en la definición operacional: 0.6 (60%) para la cognitiva, 0.2 (20%) para la psicomotriz y afectiva respectivamente. Los resultados fueron los siguientes: incremento general de 51.4%, siendo importante resaltar que éste se fundamenta en el área cognitiva, otro punto a considerar es que el área psicomotriz paso de cero a 18.4% y el área con menor desarrollo fue la afectiva. **(Cuadro Núm. 7).**

CUADRO 7

**Promedio y diferencia de calificaciones ponderadas
pre y pos capacitación
Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes
Febrero – Marzo de 2003**

AREA	PROMEDIO DE CALIFICACION PONDERADA		DIFERENCIA DE CALIFICACION PONDERADA %
	PRE CAPACITACION %	POS CAPACITACION %	
COGNITIVA	15.9	48.0	32.1
PSICOMOTRIZ	0.00	18.4	18.4
AFECTIVA	15.5	16.4	0.9
CALIFICACION	31.4	82.8	51.4

Fuente: Datos del cuestionario (anexo 1), lista de cotejo (anexo 2) y escala Lickert (anexo3)

Por otra parte, se calculó el promedio y la desviación estándar de las calificaciones ponderadas obtenidas, antes y después de la capacitación, en las variables independientes edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, grado académico y turno de trabajo, encontrándose que los promedios son muy similares entre si, y las desviaciones estándar fueron mayores a uno en hombres, casados y las personas que laboran en turno matutino. Tal situación indica que independientemente de de las características personales y laborales de los participantes, el peso de la variación de las calificaciones se sustentó en el programa de capacitación (Cuadro Núm. 8).

CUADRO 8

Incremento porcentual promedio y desviación estándar
de la calificación final ponderada,
según las variables independientes
Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes
Febrero – Marzo de 2003

VARIABLE INDEPENDIENTE	CALIFICACION PONDERADA	
	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
EDAD	51.6	0.96
ANTIGUEDAD	51.6	0.96
SEXO		
Femenino	52.0	0.75
Masculino	50.9	1.35
ESTADO CIVIL		
Soltero	52.8	0.86
Casado	50.7	1.10
GRADO ACADEMICO		
Auxiliar de enfermería	58.0	0.59
Técnico en enfermería	51.6	0.96
TURNO DE TRABAJO		
Matutino	49.4	1.14
Vespertino	56.7	0.00
Variado	54.1	0.96

Fuente: Datos del cuestionario (anexo 1), lista de cotejo (anexo 2) y escala Lickert (anexo3)

4.2 Prueba de Hipótesis

El promedio de calificación ponderada previa a la capacitación fue de 3.14 con $SD \pm 0.9284$; y los datos pos capacitación fueron de 8.30 con $SD \pm 0.5357$. En un análisis planeado la diferencia entre estas calificaciones fue estadísticamente significativo ($t = 16.84$; $p = 0.000$; IC 95%) con lo que se comprueba la hipótesis de que el programa de capacitación refuerza los conocimientos, desarrolla destrezas y modifica las actitudes del personal de enfermería en la atención del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol (Cuadro Núm. 9).

CUADRO 9

**Diferencia de medias en calificación ponderada
pre y post intervención
Centro de Neuropsiquiatría, Aguascalientes
Febrero – Marzo 2003**

CALIFICACIONES PONDERADAS	MEDIA	SD	EE	T	GL	p
POS CAPACITACION PRE CAPACITACION	5.16	0.96	0.30	16.84	9	0.000

Fuente: Datos del cuestionario (anexo 1), lista de cotejo (anexo 2) y escala Lickert (anexo3)

4.3 Discusión

La capacitación implica procesos educativos intencionados y dirigidos hacia las necesidades de cualquier empresa u organización, en el área de la salud, ésta es imprescindible para homogenizar los procesos de prevención, tratamiento, curación y rehabilitación y de esta manera contribuir en el incremento de la calidad y la esperanza de vida de las personas.

Las responsabilidades de los diversos miembros del equipo de salud varía según el área en la que se desempeñan; el enfermero en el área asistencial, esta comprometido con la satisfacción de necesidades biofisiológicas del paciente, tal responsabilidad esta estrechamente relacionada con la preparación o especialización del personal enfermería. Dado que, generalmente no se contrata al enfermero de acuerdo al trabajo que desarrollará, en cada centro de trabajo se le va capacitando de acuerdo con las labores que ejecuta.

Los resultados de esta investigación concuerdan con lo referido por Pinto, (1990), "la capacitación entendida como proceso de enseñanza aprendizaje, incrementa los conocimientos, desarrolla habilidades y modifica las conductas para el correcto desempeño de un puesto determinado". A su vez, este estudio demuestra la importancia de la capacitación como medio para fortalecer el desarrollo personal y profesional, por ende, mejorar la labor de enfermería.

Esta investigación retoma algunos aspectos a considerar: primero, dentro de los principales motivos de demanda de atención del CN en 1999 se encuentra, el síndrome de dependencia al alcohol y los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol en 5 y 7 lugar respectivamente, y en el 2003 el síndrome de dependencia al alcohol es la primera causa de servicio normal y de corta estancia, sin embargo, al realizar la evaluación previa a la capacitación se encontró que el conocimiento teórico sobre estos padecimientos era mínimo (calificación máxima 4); segundo, se observó que antes de la capacitación, el cuidado del paciente se realizaba con base en las funciones

independientes, dependientes e interdependientes de enfermería, careciendo de un modelo de enfermería que sustentara el Proceso de Atención; tercero, las actitudes que mostraron hacia el paciente antes de la capitación (escala Lickert), son un reflejo de las mostradas por la población en general hacia el alcohólico **(vicioso, irresponsable)**, de ahí que la responsabilidad y la generosidad sean las menos referidas entre los enfermeros del CN. **(Cuadro Núm. 6)**.

Por otra parte, dadas las características que este tipo de enfermos presentan en el deterioro de su entorno biológico, psicológico, social y espiritual, el objetivo de esta investigación fue evaluar un programa de capacitación para enfermería en la atención del paciente con intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por alcohol, para lo cual se empleó el Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. La teoría educativa utilizada fue la Constructivista donde el Aprendizaje Significativo es básico, es decir, aprovechar los conocimientos y experiencias previas del personal de enfermería aunado a nueva información, para que el alumno construya su propio conocimiento.

De acuerdo a lo que postula Díaz (1998), si el alumno le da un significado al conocimiento y lo vincula con su práctica diaria, el aprovechamiento de los cursos de capacitación es mayor. En el caso de esta investigación, se confirma este hecho, ya que inicialmente la calificación promedio de las tres áreas evaluadas fue de 31% y posterior a la capacitación el resultado fue de 82%.

El incremento logrado en la capacitación se debió básicamente al programa y a la teoría educativa utilizada para su implementación, pues como ya se mencionó en los resultados, las variables personales y laborales de los participantes en el estudio, no se relacionaron con la calificación obtenida, lo que concuerda con el estudio realizado por Maya (2001), utilizando los postulados de la Andragogía (Ciencia de la educación de los adultos) para la capacitación de la NOM 087 – ECOL – 95, quien encontró un incremento en el conocimiento y aplicación de la norma posterior a la aplicación de una intervención educativa.

Otra ventaja de haber utilizado la teoría Constructivista para este curso fue el poder vincular “el saber, el hacer y el saber ser” porque se dio la oportunidad de que los alumnos visualizarán a la persona (paciente) como un ser con necesidades no satisfechas, pero sobre todo se retomó el aspecto humanístico de la Enfermería, ya que los contenidos del curso fueron: a) conocimiento de las diferentes concepciones del alcoholismo y el Modelo de Virginia Henderson para realizar el Proceso de Enfermería; b) la elaboración de instrumentos que permitieron el cuidado del paciente mediante el PE, utilizando ocho de las 14 necesidades básicas del ser humano propuestas por Henderson, que corresponden al cuadro clínico de la intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol; c) conocimiento del desarrollo de la personalidad del alcohólico y la relación de la personalidad del enfermero con la del paciente.

Al preguntar la opinión que los alumnos tuvieron sobre su experiencia en el cuidado del paciente con el PE y el MVH, en términos generales contestaron que la atención se dio de manera organizada, individualizada y acertada a las necesidades del usuario, se fomentó el trabajo en equipo, además de generar satisfacción al proporcionar cuidados con fundamento científico. Esta opinión es similar a lo encontrado por Dra. Renata Curi Labate (citada por Vargas, 2001), en su estudio, sobre “Actitudes de enfermeros del Hospital General del Estado de Sao Paulo, Brasil”, quienes se mostraron favorables a la terapia para el alcoholismo pues, concibiéndolo como enfermedad, creen que los alcohólicos están físicamente enfermos y que el tratamiento médico es necesario.

Por otra parte, el curso de capacitación que se implementó para este estudio no implicó un gasto excesivo en recursos, si consideramos que se llevó a cabo en un horario accesible y contó con el apoyo de las autoridades del CN a través de movimientos internos para la redistribución del trabajo, lo que facilitó la asistencia del personal, así como el aula, apoyo con recursos didácticos y tiempo a los ponentes.

La duración del curso fue de 70 horas teoría / práctica, realizado durante un periodo de 24 días, por lo que se habla de la eficiencia del programa con base a los resultados de la capacitación. Este resultado es muy similar a un estudio efectuado en el Hospital Psiquiátrico de Caracas, Venezuela sobre "Evaluación de un curso: Capacitación en psiquiatría para auxiliares de enfermería", en donde la experiencia les permitió demostrar como un curso corto y poco costoso resulta un recurso excelente para mejorar los conocimientos del personal y así mismo, sus relaciones con los pacientes y familiares (Archivos, 2003).

Si reflexionamos sobre el logro de la capacitación, el cual paso de un 31% a un 82%, se puede evaluar como satisfactorio el resultado, sin embargo, el análisis que se realizó por área: cognitiva, psicomotriz y afectiva, muestran las áreas de oportunidad que se tienen para mejorar; en este caso el área afectiva debe reforzarse dentro de la capacitación, pues fue la que menor incremento tuvo. Esto posiblemente se deba a los antecedentes sociales y culturales que tiene el profesional de enfermería sobre el alcoholismo, como señalan Ballachey, Crutchfiel y Krech (1962), las actitudes sociales tienen un significado adaptativo, puesto que presentan un eslabón psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, de sentir y de emprender de una persona, al mismo tiempo que ordenan y dan significación a su experiencia continua en un medio social complejo (Mann, 1978), proceso psicológico que requiere tiempo para su modificación.

4.4 Propuestas

- Reproducir el programa de capacitación de este estudio, con las adecuaciones requeridas, en las diferentes dependencias del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, para el cuidado de pacientes con problemas derivados del alcoholismo.
- Protocolizar el cuidado del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol, en virtud al Proceso de Enfermería fundamentado en una teoría o modelo de enfermería, efectuando evaluaciones periódicas de los protocolos para garantizar la mejora continua de la atención proporcionada, en el Centro de Neuropsiquiatría de Aguascalientes.
- Reforzar mediante programas de psicología aplicada, el reconocimiento del alcoholismo como enfermedad; para mejorar las actitudes del personal de enfermería que atiende pacientes con problemas de salud relacionados con el alcoholismo.
- Capacitar a familiares de pacientes con problemas de adicción con enfoque preventivo y rehabilitatorio, teniendo como base el Proceso Enfermero y la experiencia y conocimientos del personal de Enfermería del Centro de Neuropsiquiatría.

LITERATURA CITADA

- Aguilar, L. G., Delgado, T. Y., De la Cerda, G. E., Núñez, S. A. y Rosales, G. E. 1996. Hipoglicemia reactiva detectada en una alta población de alcohólicos sociales. Revista Médica de Aguascalientes. Vol. 3. No. 3. p 131.
- Aguirre, B. R. 2000. Unidos para la prevención de adicciones. Qué es la adicción a las drogas. www.adicciones.org.mx .
- Archivos Venezolanos de psiquiatría y neurología. 1999. Capacitación en psiquiatría para auxiliares de enfermería: Evaluación de un curso de capacitación. Hospital Psiquiátrico de Caracas, Venezuela. www.infomedonline.com.ve/psiquiatría. ART.46956.
- Baptista, L. P., Hernández, S. R. y Fernández C. C. 1991. Metodología de la investigación. (2ª Edición). (Ed.) Mc. Graw Hill. p 169.
- Centro Neuropsiquiátrico. 1998-1999. 2002-2003. Principales causas de morbilidad.
- Centro Neuropsiquiátrico. 2002. Centro de Atención a Problemas Relacionados con las Adicciones.
- Comunicado de prensa No. 011. 2002. Costos sociales por el abuso en el alcohol. <http://www.ssa.gob.mx>.
- Comunicado de prensa No. 036. 2002. En México tres millones de personas son dependientes al alcohol. <http://www.ssa.gob.mx>.
- Díaz, B. F. y Hernández, G. 1998. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. (Ed.) McGraw – Hill. p13.
- Díaz, M. L. 1994. Comorbilidad psiquiátrica: consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. SSA-CONADIC. Mex. p 100.
- Encuesta Nacional de Adicciones 1998. 2002. Estadísticas. www.ssa.gob.mx/conadic.
- García, G. M. 1997. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. (Ed.) Progreso. Mex. p 13.
- Gaticia, M.M., Hernández, Y. E., Maya, D. J. y Morales, V. N. (2001) La andragogía aplicada a la capacitación de la NOM 087-ECOL-95. Revista de enfermería del IMSS. P 85.

- Grimson. W. R. 2000. Drogas: prevenir y atender. Artículo publicado en el diario Clarín 25/06/98. Prof. de la Universidad de Quilmes. www.sedronar.gov.ar.
- Hernández, R. G. 1999. Paradigmas en psicología educativa. (Ed.) Trillas. p169.
- Instituto de Salud del Estado de Ags. 2000. Programa Estatal de Salud 1998-2004. www.isea.gog.mx
- Instituto Mexicano del Seguro Social. 1995. Programa académico del curso de especialización en ginecología y obstetricia. Dirección de Prestaciones Médicas.
- Isaacs, A.1998. (2da. Edición). Enfermería de salud mental y psiquiátrica. (Ed.) McGraw-Hill Interamericana. p 115.
- Kort, E. (a) 2000. Unidos para la prevención de las adicciones. Un modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas. www.adicciones.org.mx. kor@servidor.unam.mx.
- Kort, E. (b) 2000. Unidos para la prevención de las adicciones. Aspectos éticos y de formación del terapeuta en adicciones. www.adicciones.org.mx kor@servidor.unam.mx.
- López De la P, X. 1999. Derechos del paciente. Revista Médica de Aguascalientes. Vol. 6. No. 1.
- Mann, L. (1978) Elementos de psicología. (Ed) Limusa. p 137.
- Negrete, J. C. 2002. Reconocimiento y evaluación clínica del alcoholismo. jnegrete@arf.org
- Norma Oficial Mexicana: NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
- Orozco, S. Rivera, R. R. y Torres, A. S. 1996. La enfermería psiquiátrica en la década de los 90. Desarrollo científico de enfermería. Vol. 4. No. 10. p 6.
- Phaneuf, Ph. D. M. 1999. La planificación de los cuidados enfermeros. (Ed.) McGraw – Hill. p 10.
- Pinto, V. 1990. Proceso de capacitación. (1° Edición) (Ed.) Diana. Mex. p 1.
- Principales causas de Morbilidad Hospitalaria. 1999. www.isea.gob.mx.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1987. p 10.

Secretaría de Salud. Secretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. 2001. Código de Ética para enfermeros y enfermeras de México. p 19. www.ssa.gob.mx.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. 2000. Principales causas de mortalidad en edad productiva. www.ssa.gob.mx

Una breve guía de Alcohólicos Anónimos. 1998. Talleres de Impresora Rancel S.A. de C.V. p 2.

Vargas, D. 2001. Actitudes de enfermeros del Hospital General frente al paciente alcohólico. Universidad de Sao Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto. Area: Enfermería psiquiátrica-Maestría EERP/USP. www.eerp.usp.br

Vive sin drogas, cruzada nacional en contra de las drogas. (2000) Fundación Azteca. www.vivesindrogas.org.mx. www.hechostvazteca.com

APÉNDICE

Apéndice: 1

CUESTIONARIO

PROGRAMA DE CAPACITACION PARA ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INTOXICACION Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL

No. _____

DATOS DEL ALUMNO:

Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Grado académico _____ Puesto _____

Turno _____ Nombramiento _____ Antigüedad _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta y elija con una "X" la (s) opción (es) que considere correcta (s)

1. **Según la Organización Mundial de la Salud, el alcoholismo es:**
 - a) Un vicio no tratable
 - b) Un conjunto de signos y síntomas reversibles
 - c) Una enfermedad médicamente manejable
 - d) Un estado psicológico anormal
 - e) Todas son correctas
2. **Qué factores predisponen a una persona para el consumo de alcohol según, Rogelio Aguirre Bortoni:**
 - a) La curiosidad y la presión de los "pares" (compañeros o amigos)
 - b) La necesidad de imitar a otros
 - c) La predisposición hereditaria
 - d) Familias especiales
 - e) Todas son correctas
3. **En el Estado de Aguascalientes en 1999, dentro de las principales causas de morbilidad el Síndrome de Dependencia al Alcohol ocupa el:**
 - a) Décimo octavo lugar
 - b) Décimo lugar
 - c) Primer lugar
 - d) Quinto lugar
 - e) Séptimo lugar
4. **El etanol en el organismo humano actúa como:**
 - a) Un elemento químico que requiere el organismo humano
 - b) Una sustancia que controla los impulsos emocionales
 - c) Un depresor del Sistema Nervioso Central
 - d) Un elemento que incrementa el metabolismo de los alimentos
 - e) Ninguna es correcta
5. **¿Quién y que es una persona?**
 - a) Un ser conformado de subsistemas
 - b) Un ser estable y equilibrado
 - c) Un ser biopsicosocial y espiritual
 - d) Todas son correctas
 - e) Ninguna es correcta
6. **¿Quién puede llegar a ser un paciente?**
 - a) Los desamparados
 - b) Los casados y divorciados
 - c) Los católicos y los cristianos
 - d) Los niños y los ancianos
 - e) Todos los seres humanos

7. ¿Cómo debe considerar la enfermera al paciente?

- a) Como una persona con necesidades biofisiológicas y espirituales
- b) Como alguien especial
- c) Como un objeto
- d) Como cualquier persona
- e) Como un ente aislado

8. ¿Como debe ser la relación enfermera-paciente?

- a) Una relación entre dos individuos
- b) Un trato entre el trabajador y el usuario
- c) Una forma de comunicación
- d) Un trato entre la enfermera y el paciente
- e) Todas son correctas

9. ¿Cómo debe ser tratado por el personal de enfermería un paciente en estado de intoxicación o síndrome de abstinencia por alcohol?

- a) Con actitudes terapéuticas
- b) Con actitudes antiterapéuticas
- c) Con trato afectivo-efectivo
- d) Como cualquier persona
- e) Solo "a" y "c" son correctas

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada pregunta, y en las líneas conteste lo que se le solicite:

10. Mencione cinco teorías relacionadas con el alcoholismo:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

11. Mencione cinco signos y síntomas del cuadro clínico de:

- a. La intoxicación aguda por alcohol _____

- b. El síndrome de abstinencia por alcohol: _____

12. Mencione tres consecuencias del consumo de alcohol, según Rogelio Aguirre Bortoni: _____

13. Mencione cuál es la filosofía del modelo de tratamiento de Centro de Atención a Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA):

14. Mencione cuál es el objetivo de la NOM-028-SSA-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones:

15. De acuerdo al Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, mencione dos NECESIDADES BÁSICAS del paciente:

1) En estado de intoxicación por alcohol _____

2) Con síndrome de abstinencia por alcohol _____

16. Escriba un DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA por cada necesidad de la pregunta anterior:

1) _____

2) _____

17. De acuerdo con los diagnósticos planteados en el punto anterior, cite dos intervenciones de enfermería (por diagnóstico) para la PLANIFICACION DE CUIDADOS en el paciente en estado de intoxicación aguda por alcohol, o con síndrome de abstinencia por alcohol:

1.1 _____

1.2 _____

2.1 _____

2.2 _____

18. Existe alguna diferencia entre el paciente y el no paciente:

() sí

Porque _____

() no

Porque _____

19. Es importante la comunicación entre la enfermera y el paciente:

() sí

Porque _____

() no

Porque _____

20. Existen obstáculos en la comunicación que se establece entre el personal de enfermería y el paciente

() sí

Mencione

tres _____

() no

Porque _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

Adaptado por: Leticia Rocio Herrera Cisneros

Apéndice: 2

LISTA DE COTEJO

PROGRAMA DE CAPACITACION PARA ENFERMERIA
EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON INTOXICACION Y SINDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL

No. _____

INTOXICACION AGUDA ()

SINDROME DE ABSTINENCIA ()

NEGESIDAD	PROCESO DE ENFERMERIA	APLICACIÓN			PUNTAJE	OBSERVACIONES
		SI	NO	NA		
1. RESPIRAR	VALORACION					
	DIAGNOSTICO					
	PLANIFICACION					
	EJECUCION					
	EVALUACION					
2. BEBER Y COMER	VALORACION					
	DIAGNOSTICO					
	PLANIFICACION					
	EJECUCION					
	EVALUACION					
3. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LIMITES NORMALES	VALORACION					
	DIAGNOSTICO					
	PLANIFICACION					
	EJECUCION					
	EVALUACION					
4. ELIMINAR LOS DESECHOS CORPORALES	VALORACION					
	DIAGNOSTICO					
	PLANIFICACION					
	EJECUCION					
	EVALUACION					
5. DORMIR Y DESACANSAR	VALORACION					
	DIAGNOSTICO					
	PLANIFICACION					
	EJECUCION					
	EVALUACION					
6. EVITAR PELIGROS	VALORACION					
	DIAGNOSTICO					
	PLANIFICACION					
	EJECUCION					
	EVALUACION					
7. ESTAR LIMPIO Y ASEADO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS	VALORACION					
	DIAGNOSTICO					
	PLANIFICACION					
	EJECUCION					
	EVALUACION					
8. COMUNICARSE CON LOS SEMEJANTES	VALORACION					
	DIAGNOSTICO					
	PLANIFICACION					
	EJECUCION					
	EVALUACION					
TOTAL DE PUNTOS						

ASESOR: M.O.D.H. Ma. Lourdes Gallegos Gallegos

INSTRUCTIVO APLICACIÓN DE LA LISTA DE COTEJO

El observador externo, será quien lleve a cabo la aplicación de la LISTA DE COTEJO con apoyo de la GUIA DE PRACTICA (apéndice: 6), de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. Revisará de la GUÍA DE PRACTICA:

- a) Los signos y síntomas detectados en la VALORACION del paciente.
- b) El DIAGNÓSTICO seleccionado, verificando que la elección se haya llevado a cabo en virtud a los signos y síntomas detectados.
- c) Las intervenciones de enfermería elegidas en la PLANIFICACION.
- d) Las intervenciones de enfermería aplicadas en la EJECUCION.

2. Con la LISTA DE COTEJO:

- a) Identificará las intervenciones elegidas en la planificación
- b) Confrontará la EJECUCIÓN de las intervenciones planificadas en cada necesidad, marcando con una "X" la opción SI ó NO
SI: significa que la actividad planificada fue ejecutada
NO: significa que la actividad planificada no fue ejecutada
- c) En el rubro PUNTAJE se registrará un punto por cada etapa del Proceso de Enfermería ejecutada, y el total de la puntuación.

3. Revisará de la guía de practica:

En la EVALUACION: el alcance de independencia que se logro en el paciente.

Apéndice: 3

ESCALA LICKERT

PROGRAMA DE CAPACITACION PARA ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INTOXICACION Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL

El presente instrumento pretende medir actitudes, las cuales se seleccionaron y definieron tomando como principal marco de referencia, al Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México (SSA, 2001).

Para los fines de esta investigación, se operacionalizaron seis actitudes y se incluyeron tópicos para su medición, como se muestra en el siguiente cuadro, con enfoque al Profesional de Enfermería que aplica cuidados al paciente con intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por alcohol.

El instrumento, Medición de las Actitudes del Profesional de Enfermería "MAPE" contiene treinta tópicos con cuatro opciones para contestar, mismas que tienen valor de 1 a 4 puntos, para medir la frecuencia en que se presentará cada actitud, y buscar relaciones y correlaciones entre las actitudes con las variables independientes y dependiente de ésta investigación

OPERACIONALIZACION DE ACTITUDES

ACTITUDES	DEFINICION OPERACIONAL	TOPICOS	No. ITEM
RESPECTO	Cuidar la vida y los derechos humanos del paciente con deferencia, a cusa de su estado de intoxicación aguda o síndrome de abstinencia por alcohol	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procuro el bienestar físico y mental del paciente 2. Evito cometer fallos en contra de la vida y los Derechos Humanos del paciente 3. Empleo medidas de seguridad que son necesarias para la protección del paciente 4. Me percato del impacto de mis intervenciones en el bienestar del paciente 5. Trato sin morbosidad el diagnóstico medico del paciente 	<p>1 29 12 7 18</p>
CONFIDENCIALIDAD	Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño al propio paciente o a terceros	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporciono al paciente y familiares solo información autorizada, sobre su estado de salud 2. Cuido el buen uso del expediente clínico 3. Evito divulgar el diagnóstico médico del paciente 4. Guardo el secreto profesional 5. Actuó con la discreción necesaria en la atención del paciente 	<p>16 5 20 22 9</p>
EMPATIA	Comprender sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política los sentimientos, motivos, ideas y conductas del paciente manteniendo una relación estrictamente profesional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llamo por su nombre al paciente 2. Escucho al paciente sin juzgar, criticar o condenar 3. Proporciono buen trato al paciente independientemente de su clase social, creencia religiosa o diagnóstico médico 4. Escucho con atención los sentimientos, motivos e ideas del paciente 5. Soy amable con el paciente independientemente de sus conductas 	<p>10 24 6 25 15</p>
GENEROSIDAD	Procurar el bien del paciente cuidando su integridad ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ofrezco al paciente protección y seguridad en los cuidados otorgados 2. Proporciono cuidado integral al paciente de acuerdo a sus necesidades y problemas de salud 3. Aplico los principios de enfermería en la atención del paciente 4. Estoy dispuesta cuando el paciente me solicita atención 5. Propicio buenas relaciones con el paciente y sus familiares 	<p>3 26 13 27 11</p>
RESPONSABILIDAD	Asumir como miembro del equipo de salud, las consecuencias de los cuidados de enfermería realizados hacia el paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifico necesidades en el paciente y establezco un buen plan de cuidados 2. Implemento el plan de cuidados con profesionalismo 3. Evaluó los resultados del plan de cuidados 4. Asumo mi papel en la atención integral del paciente 5. Preveo las consecuencias que puede tener los actos propios de mi desempeño y corrijo las desviaciones 	<p>21 14 17 19 4</p>
ACEPTACION	Acoger de manera cortés al paciente que sufre de intoxicación aguda o síndrome de abstinencia por alcohol.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trato a este paciente como persona enferma 2. Evito criticar o juzgar las causas de la enfermedad del paciente 3. Proporciono cuidados al paciente con agrado 4. Colaboro profesionalmente en el tratamiento del paciente 5. Mantengo estabilidad emocional ante las reacciones verbales del paciente 	<p>30 8 23 28 2</p>

Asesor: Li. Ps. Magdalena del Rocío López Guerra

MAPE

**PROGRAMA DE CAPACITACION PARA ENFERMERIA
EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE
CON INTOXICACION Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL**

INSTRUCCIONES:

No. _____

1. Conteste a cada una de las siguientes afirmaciones, de acuerdo a lo que Usted considere se acerca mas a SU ejercicio profesional de enfermería, en el cuidado del PACIENTE CON INTOXICACIÓN AGUDA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL.

2. Lea cuidadosamente cada ITEM, enseguida, cruce con una "X" solo UNA de las opciones:

CASI NUNCA: Cn

A VECES: Cv

FRECUENTEMENTE: Fm

CASI SIEMPRE: Cs

Ejemplo:

En mi ejercicio profesional de enfermería, en el cuidado del PACIENTE CON INTOXICACIÓN AGUDA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL:

ITEMS	OPCIONES			
	Cn	Av	Fm	Cs
1. Desempeño mis funciones con fundamento teórico	X			
2. Evito contradecir al paciente en su expresión verbal		X		
3. Procuro los Derechos Humanos del paciente				X

MAPE

En mi ejercicio profesional de enfermería, en el cuidado del PACIENTE CON INTOXICACIÓN AGUDA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL:

ITEMS	OPCIONES			
	Cn	Av	Fm	Cs
1. Procuro el bienestar físico y mental del paciente				
2. Mantengo estabilidad emocional ante las reacciones verbales del paciente				
3. Ofrezco al paciente protección y seguridad en los cuidados otorgados				
4. Preveo las consecuencias que puede tener los actos propios de mi desempeño y corrijo las desviaciones				
5. Cuido el buen uso del expediente clínico				
6. Proporciono buen trato al paciente independientemente de su clase social, creencia religiosa o diagnóstico médico				
7. Me percató del impacto de mis intervenciones en el bienestar del paciente				
8. Evito criticar o juzgar las causas de la enfermedad del paciente				
9. Actuó con la discreción necesaria en la atención del paciente				
10. Llamo por su nombre al paciente				
11. Propicio buenas relaciones con el paciente y sus familiares				
12. Empleo medidas de seguridad que son necesarias para la protección del paciente				
13. Aplico los principios de enfermería en la atención del paciente				
14. Implemento el plan de cuidados con profesionalismo				
15. Soy amable con el paciente independientemente de sus conductas				

MAPE

En mi ejercicio profesional de enfermería, en el cuidado del PACIENTE CON INTOXICACIÓN AGUDA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL:

ITEMS	OPCIONES			
	Cn	Av	Fm	Cs
16. Proporciono al paciente y familiares solo información autorizada, sobre su estado de salud				
17. Evalúo los resultados del plan de cuidados				
18. Trato sin morbosidad el diagnóstico médico del paciente				
19. Asumo mi papel en la atención integral del paciente				
20. Evito divulgar el diagnóstico médico del paciente				
21. Identifico necesidades en el paciente y establezco un buen plan de cuidados				
22. Guardo el secreto profesional				
23. Proporciono cuidados al paciente con agrado				
24. Escucho al paciente sin juzgar, criticar o condenar				
25. Escucho con atención los sentimientos, motivos e ideas del paciente				
26. Proporciono cuidado integral al paciente de acuerdo a sus necesidades y problemas de salud				
27. Estoy dispuesta cuando el paciente me solicita atención				
28. Colaboro profesionalmente en el tratamiento del paciente				
29. Evito cometer fallos en contra de la vida y los Derechos Humanos del paciente				
30. Trato a este paciente como persona enferma				

Apéndice: 4

PROGRAMA DE CAPACITACION

PROGRAMA DE CAPACITACION PARA ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INTOXICACION Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL

I. DATOS GENERALES

PROGRAMA: De Capacitación teórico práctico

DURACIÓN: 45 Horas / Teoría – 25 Horas / Práctica

UNIVERSO: Personal de los servicio de urgencias del Centro de Neuropsiquiatría

LUGAR: Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes

PERIODO: Febrero a marzo de 2003

ELABORO: Leticia Rocio Herrera Cisneros

I. JUSTIFICACIÓN

El uso y abuso de sustancias adictivas representa un problema de salud individual, familiar y social sobre todo en la actualidad, ya que en los caminos de la humanidad jamás, como hoy, existen tantos seres humanos destruyendo sus vidas por el consumo de esas sustancias.

Hoy en día, una de las consecuencias de la dependencia a sustancias psicoactivas es la de requerir de servicios de salud en hospitales donde se brinde atención al paciente, en los cuales el personal de enfermería entre otros, esté capacitado para ofrecer asistencia al usuario en condiciones de intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol.

En el Centro de Neuropsiquiatría se ha observado la dificultad que el personal presenta (entre otros el de enfermería) cuando se les demanda atención especializada que ayude a revertir el estado de intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol, por el peculiar cuadro que presenta el paciente sobre todo en sus irrazonables conductas, lo que de alguna manera atemorizan al personal, esta situación, sin duda, limita el servicio que se proporciona al usuario.

De acuerdo con estadísticas del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, en 1999 el Centro de Neuropsiquiatría de la Ciudad de Aguascalientes atendió 175 casos, de los cuales 171 estuvieron asociados al consumo de alguna sustancia adictiva, de estos casos, el 40.95% presentó síndrome de dependencia al alcohol, y el 12.11% trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol.

Con el propósito de mejorar la atención del tipo de pacientes antes mencionados, se implementara y evaluará un programa de capacitación dirigido al Personal de Enfermería del Centro de Neuropsiquiatría, aprovechando la experiencia que esta gente tiene en el campo de la Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, no solo para que refuercen los conocimientos y destrezas que ya poseen, sino también, para conducirlos a que construyan sus propios razonamientos sobre la asistencia a esta parte de la población, con sentido crítico, analítico y humanístico.

II. FUNDAMENTACION

Este programa de capacitación se fundamentará en el paradigma pedagógico del constructivismo para su implementación, postura que se alimenta de las aportaciones de diversas corrientes psicológicas asociadas genéricamente a la psicología cognitiva: el enfoque psicogenético piagetiano, la teoría de los esquemas cognitivos, la teoría ausubeliana de la asimilación y el aprendizaje significativo, la psicología sociocultural vigotskiana, así como teorías instruccionales, entre otras (Díaz, 1998)

El modelo de Virginia Henderson se enmarca en la filosofía humanista por lo que al hombre se le estudia en los aspectos biopsicosociales y espirituales. Este modelo se sustenta en las necesidades básicas del ser humano las cuales se necesitan satisfacer mediante la aplicación del Proceso de Enfermería (García, 1997)

Este modelo se adaptará para la capacitación la atención del paciente intoxicado y síndrome de abstinencia por alcohol, desarrollando cada una las etapas de dicho proceso.

III. INTRODUCCIÓN

El programa contiene diez unidades a seguir: 1) El alcoholismo, 2) Factores predisponentes en el alcoholismo, 3) Epidemiología del alcoholismo, 4) Clasificación de la enfermedad, 5) El etanol, 6) El alcoholismo y sus consecuencias, 7) Modelos de tratamiento, 8) Trastornos relacionados con el consumo de alcohol, 9) Enfermería y el paciente y 10) Proceso de enfermería para la atención del paciente intoxicado y síndrome de abstinencia por alcohol.

Los contenidos corresponden a la literatura que fue revisada para el proyecto de investigación "Evaluación de un programa de capacitación para enfermería en la atención del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol"

IV. OBJETIVOS

1. General

Implementar y evaluar un programa de capacitación para el personal de enfermería del Centro de Neuropsiquiatría, para la atención del paciente intoxicado y síndrome de abstinencia por alcohol.

2. Específicos

- Implementar el programa de capacitación teórico práctico, al personal de enfermería para la atención del paciente intoxicado y síndrome de abstinencia por alcohol.
- Evaluar conocimientos, destrezas y actitudes del personal en la atención del paciente intoxicado y síndrome de abstinencia por alcohol, antes y después de la capacitación.

V. CONTENIDO ANALÍTICO

UNIDAD 1: EL ALCOHOLISMO

Objetivo específico

El personal de enfermería reconocerá diferentes concepciones del alcoholismo de acuerdo a varios autores u organizaciones.

Contenido temático

- 1.1 La concepción del Alcoholismo según:
 - a) Rogelio Aguirre Bortoni
 - b) Asociación Médica Norteamericana
 - c) Organización Mundial de la Salud
 - d) Dr. Jellineck
 - e) Alcohólicos Anónimos
 - f) NOM-028-SSA2-1999

UNIDAD 2: FACTORES PREDISponentES EN EL ALCOHOLISMO

Objetivo específico

El personal de enfermería examinará las teorías y factores que predisponen a una persona para el consumo de alcohol.

Contenido temático

- 2.1 Factores predisponentes: Rogelio Aguirre Bortoni
- 2.2 Teorías: Ann Isaacs

UNIDAD 3: EPIDEMIOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO

Objetivo específico

El personal de enfermería identificará la situación del consumo de alcohol en diferentes poblaciones del mundo.

Contenido temático

- 3.1 En Europa
- 3.2 En Latinoamérica
- 3.3 En México
- 3.4 En Aguascalientes

UNIDAD 4: CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD

Objetivo específico

El personal de enfermería identificará la clasificación del alcoholismo de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Contenido temático

- 4.1 Clasificación: NOM-028-SSA2-1999

UNIDAD 5: EL ETANOL

Objetivo específico

El personal de enfermería examinará la definición y efectos del consumo de alcohol.

Contenido temático

- 5.1 Definición
- 5.2 Efectos

UNIDAD 6: EL ALCOHOLISMO Y SUS CONSECUENCIAS

Objetivo específico

El personal de enfermería discriminará los daños que causan el consumo de alcohol.

Contenido temático

- 6.1 Propuesta de Rogelio Aguirre Bortoni:
 - a) Daños de tipo emocional
 - b) Daños en la vida familiar
 - c) Daños en la vida social
 - e) Daños en la vida espiritual

UNIDAD 7: MODELOS DE TRATAMIENTO

Objetivo específico

El personal de enfermería enunciará los algunos modelos de tratamiento existentes para la atención del paciente alcohólico.

Contenido temático

- 7.1 Modelo Minnesota
- 7.2 Modelo del Centro para el Estudio y Tratamiento de las adicciones en la Familia
- 7.3 Modelo del Centro de Atención para Problemas Relacionados con las Adicciones
- 7.4 Norma Oficial Mexicana para la para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones
- 7.5 Modelo del Centro Unido para la Prevención de las Adicciones

UNIDAD 8: TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Objetivo específico

El personal de enfermería analizará el alcoholismo como enfermedad médicamente tratable.

Contenido temático

8.1 Definición: Alcoholismo:

¿ Enfermedad o vicio?

8.2 Intoxicación aguda:

a) Definición, b) Etiología, c) Cuadro Clínico, d) Fisiopatología y d) Tratamiento

8.3 Síndrome de abstinencia y abstinencia con delirio:

a) Definición, b) Etiología, c) Cuadro Clínico, d) Fisiopatología y d) Tratamiento

UNIDAD 9: ENFERMERÍA Y EL PACIENTE

Objetivo específico

El personal de enfermería analizará la concepción de paciente como persona y sus actitudes con éste en el trabajo.

Contenido temático

9.1 Quien y que es una persona

a) Quien puede llegar a ser un enfermo adicto

b) Los pacientes: personas no objetos

c) Comparación: paciente no pacientes

9.2 El proceso de comunicación y el usuario

a) Relación enfermera-paciente

b) Obstáculos en la comunicación enfermera –paciente

9.3 Papel de enfermería en el equipo de salud mental

a) Actitudes terapéuticas y antiterapéuticas

b) Trato afectivo-efectivo

UNIDAD 10: PROCESO DE ENFERMERIA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE INTOXICADO Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL, SEGUN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Objetivo específico

El personal de enfermería examinará el proceso de enfermería para la atención del paciente intoxicado y síndrome de abstinencia por consumo de alcohol, de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson.

Contenido temático

10.1 Introducción al Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson

10.2 Proceso de Enfermería: Paciente intoxicado

10.3 Proceso de Enfermería: Paciente con síndrome de abstinencia

VI. INSTRUMENTACIÓN DIDÁCTICA (Apéndice: 5)

VII. GUIA DE PRACTICA (Apéndice: 6)

VIII. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Área cognitiva: 20 preguntas (Cuestionario: apéndice 1)

Valor mínimo = 0

Valor máximo = 100 puntos

Ponderación = 6.0

Área psicomotriz: 8 indicadores (Lista de cotejo: apéndice 2)

Valor mínimo = 0

Valor máximo = 40

Ponderación = 2.0

Área afectiva: 6 indicadores (Escala Lickert: apéndice 3)

7 ítems por indicador con 4 opciones de respuesta.

Valor mínimo = 30

Valor máximo = 120

Ponderación = 2.0

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, B. 2000. **Que es la adicción a las drogas.** www.adicciones.org.mx
- Alcohólicos Anónimos. 2002. **Que es el alcoholismo.** www.alcoholicsanonymous.org
- Alcoholismo. 2002. www.chi.itesm.mx
- Berger, M. 1979. **Como tratar con pacientes.** Concepto, México.
- Centro Neuropsiquiátrico. 2002. **Folleto: Centro de Atención a Problemas Relacionados con las Adicciones.**
- Centro de Neuropsiquiatría. 1999. **Principales causas de morbilidad.**
- García, G. 1997. **El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson,** Ed. Progreso.
- Isaacs, A. 1998. **Enfermería de salud mental y psiquiátrica.** McGraw-Hill Interamericana.
- Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes. 1999. **Principales causas de morbilidad hospitalaria.** www.isea.org.mx.
- Jonson, M. 2002. **Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones.** (Ed) Harcourt, Mosby.
- Kort, E. 2000. Unidos para la prevención de las adicciones. **Un modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas.** www.adicciones.org.mx.
- Luis, R. 1998. **De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.** (Ed) Masson.
- Phaneuf, M. 1999. **La planificación de los cuidados enfermeros.** (Ed) McGraw-Hill Interamericana.
- Principios de urgencias, emergencias, y cuidados críticos. 2003. **Capítulo 10.4: Intoxicación por abuso de etanol.** www.uninet.edu.
- Secretaría de Salud. 2001. **Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones: NOM – 028-SSA2 – 1999 .**
- Sánchez, M. 2003. **El consumo de alcohol provoca en España...** www.medspain.com

VI. INSTRUMENTACION DIDACTICA (Apéndice: 5)

FECHA/ HORA	UNIDAD	TEMAS	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICAS DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS	DOCENTE	EVALUACION
24- FEB. 10:30 – 11 11 – 11:30 11:30 – 12 12– 13 13-13:30		Inauguración Aplicación de Escala Lickert Receso Aplicación de cuestionario Presentación del programa	Evaluación de conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la atención del paciente con intoxicación y síndrome de abstinencia por alcohol. Establecer los objetivos del programa de capacitación.	Expositiva	Cuestionario escrito Acetatos	Lic. E. Leticia Rocío Herrera Cisneros	Cuestionario Escala Lickert
25-FEB. 10:30 – 11	1. EL ALCOHOLISMO	1. El Alcoholismo según: Rogelio Aguirre Bortoni Asociación Medica Norteamericana Organización Mundial de la Salud Dr. Jellineck Alcohólicos Anónimos NOM-028-SSA2-1999	El personal de enfermería reconocerá diferentes concepciones del alcoholismo de acuerdo a varios autores u organizaciones.	Expositiva	Pizarrón y gis Acetatos Material impreso	Lic. E. Leticia Rocío Herrera Cisneros	Resumen de los diferentes conceptos del alcoholismo.
11-11:30	2. FACTORES PREDISPONENTES EN EL ALCOHOLISMO	2.1 Factores predisponentes: Rogelio Aguirre Bortoni 2.2 Teorías: Ann Isaacs	El personal de enfermería examinará las teorías y factores que predisponen a una persona para el consumo de alcohol.	Expositiva Interrogativa	Pizarrón y gis Acetatos Material impreso		Síntesis de las ideas mas relevantes de los factores predisponentes y teorías del alcoholismo . Conclusiones de la situación del consumo de alcohol en Aguascalientes.
11:30-12	3. EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO	3.1 En Europa 3.2 En Latinoamérica 3.3 En México 3.4 En Aguascalientes	El personal de enfermería identificará la situación del consumo de alcohol, en diferentes poblaciones del mundo.	Expositiva	Pizarrón y gis Acetatos Material impreso		
12 – 12:30	R E C E S O						
12:30 – 13	4. CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD	4.1 Clasificación: NOM-028-SSA-1999	El personal de enfermería identificará la clasificación del alcoholismo y sus subtipos, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.	Expositiva	Pizarrón y gis Acetatos Material impreso	Lic. E. Leticia Rocío Herrera Cisneros	Síntesis: clasificación del alcoholismo, de acuerdo a la NOM-028-SSA-1999.
13 – 13:30	5. EL ETANOL	5.1 Definición 5.2 Efectos	El personal de enfermería examinará la definición y efectos del consumo de alcohol.	Expositiva	Pizarrón y gis Acetatos Material impreso		Cartel de la definición y efectos del consumo de etanol.

FECHA/ HORA	UNIDAD	TEMAS	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICAS DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS	DOCENTE	EVALUACION
26-FEB. 10:30-11	6. EL ALCOHOLISMO Y SUS CONSECUENCIAS	5.1 Rogelio Aguirre Bortoni: Daños de tipo emocional Daños en la vida familiar Daños en la vida social Daños en la vida espiritual	El personal de enfermería discriminará los daños que causa el consumo de alcohol.	Expositiva Técnica de casos	Pizarrón y gis Acetatos Caso clínico	Lic. E. Leticia Rocío Herrera Cisneros	Reporte escrito y exposición verbal de los daños detectados, en el caso clínico estudiado, por el consumo de alcohol. Investigación del Modelo de Tratamiento de CAPRA Exposición en cartel del Modelo de Tratamiento de CAPRA.
11-11:30	7. MODELOS DE TRATAMIENTO	7.1 Minnesota 7.2 Centro para el Estudio y Tratamiento de las adicciones en la Familia 7.3 Centro de Atención para Problemas Relacionados con las Adicciones 7.4 Norma Oficial Mexicana para la para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones 7.5 Centro Unido para la Prevención de las Adicciones	El personal de enfermería enunciará los algunos modelos de tratamiento existentes para la atención del paciente alcohólico.	Expositiva Investigación	Pizarrón y gis Acetatos Material impreso		
11:30-12	R E C E S O						
12-13:30	R E T R O A L I M E N T A C I O N						

FECHA/ HORA	UNIDAD	TEMAS	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICAS DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS	DOCENTE	EVALUACION
27, 28 FEB. 3, 4 MAR. 10:30-13:30 RECESO INTERMEDIO DE 30 MIN. CADA DIA	8. TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL	8.1 Definición: Alcoholismo ¿ Enfermedad o vicio? 8.2 Intoxicación aguda: Definición, Etiología, Epidemiología, Cuadro Clínico, Fisiopatología y Tratamiento 8.3 Síndrome de abstinencia y abstinencia con delirio: Definición, Etiología, Epidemiología, Cuadro Clínico, Fisiopatología y Tratamiento	El personal de enfermería analizará el alcoholismo como enfermedad médicamente tratable.	Expositiva	Pizarrón y gis Diapositivas Material impreso	Dr. Efrén Hernández Gaviña	Resumen: definición del alcoholismo, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por alcohol. Síntesis del cuadro clínico y tratamiento de la intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por alcohol.
5, 6, 7 MAR. 10:30-13:30 RECESO INTERMEDIO DE 30 MINUTOS CADA DIA	9. ENFERMERIA Y EL PACIENTE	9.1 Quien y que es una persona Quien puede llegar a ser un enfermo adicto Los pacientes: personas no objetos Comparación: paciente no paciente 9.2 El proceso de comunicación y el usuario Relación enfermera- paciente Obstáculos en la comunicación. enfermera – paciente 9.3 Papel de enfermería en el equipo de salud mental Actitudes terapéuticas y antiterapéuticas Trato afectivo-efectivo	El personal de enfermería analizará la concepción de paciente como persona y sus actitudes con éste en el trabajo.	Expositiva Experiencia	Pizarrón y gis Acetatos Material impreso	Lic. P. Arturo López López Velarde	Descripción oral y escrita de lo que se vivió, comprendió, sintió y las inquietudes surgidas.

FECHA/ HORA	UNIDAD	TEMAS	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICAS DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS	DOCENTE	EVALUACION
10 AL 18 MAR. 10:30- 13:30 RECESO DE 30 MINUTOS CADA DIA	10. PROCESO DE ENFERMERIA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INTOXICACION Y SÍNDROME DE ABSTIENENCIA POR ALCOHOL	10.1 Introducción: Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson 10.2 Proceso de enfermería: Paciente intoxicado 10.3 Proceso de enfermería: Paciente con síndrome de abstinencia	El personal de enfermería examinará el Proceso de Enfermería para la atención del paciente intoxicado y síndrome de abstinencia por consumo de alcohol, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson	Expositiva Técnica de caso	Pizarrón y gis Material impreso Acetatos Guía de práctica Caso clínico	Lic. E. Leticia Rocío Herrera Cisneros	Exposición oral del Proceso de Enfermería, aplicado al caso clínico estudiado.
19 AL 28 MAR. 10:30- 13:30 RECESO INTERME DIO DE 30 MINUTOS CADA DIA	PRACTICAS DE ENFERMERIA OBJETIVO						
28 MAR.	El personal de enfermería aplicará los conocimientos teóricos obtenidos en el cuidado del paciente intoxicado y síndrome de abstinencia por alcohol, en el servicio de urgencias del Centro de Neuropsiquiatría. Docente: Lic. Enf. Leticia Rangel Velázquez						
	C L A U S U R A						

ASESOR: L. A. P. Jesús Martínez Díaz Velasco

VII. GUIA DE PRACTICA (Apéndice: 6)

PROCESO DE ENFERMERIA
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

FECHA _____ PACIENTE _____ DX. MEDICO: INTOXICACION AGUDA () DX. MEDICO: SINDROME DE ABSTINENCIA ()
 EDAD _____ SEXO _____ EDO.CIVIL _____ RELIGION _____ ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

NECESIDAD	VALORACION	DIAGNOSTICO (ETIQUETAS)	PLANIFICACION (INTERVENCIONES)	EJECUCION (INTERVENCIONES)	EVALUACION																																																	
					D ← → I																																																	
1. RESPIRAR: Aporte esencial de oxígeno. Difusión de gases a nivel pulmonar. Intercambio de gases a nivel celular. Expulsión de gas carbónico y de agua. RESULTADOS ESPERADOS (OBJETIVOS) 1. Permeabilidad de las vías respiratorias. 2. Estabilización de la respiración. 3. Control de la aspiración.	Patrón respiratorio: Frecuencia por minuto _____ Ritmo Irregular _____ Taquipnea _____ Respiraciones anormales: Respiración superficial _____ Aleteo nasal _____ Disnea _____ Movimientos respiratorios: Retracción esternal _____ Intercostal _____ Xifoidea _____ Cambios de coloración en la piel: Cianosis _____ Marmórea _____ Secreciones: Orofaringeas _____ Traqueobronquiales _____ Vómito _____ Características del vómito _____ Otros datos objetivos o subjetivos:	1. () Limpieza ineficaz de vías aéreas: relacionado con disminución del reflejo de la deglución y tusígeno, manifestado por secreciones orofaringeas y traqueobronquiales. 2. () Patrón respiratorio ineficaz: relacionado con depresión del centro respiratorio, manifestado por respiración irregular y superficial, taquipnea, disnea, cianosis, aleteo nasal, retracción esternal, intercostal y xifoidea. 3. () Riesgo de aspiración: relacionado con depresión del centro respiratorio.	1.1 () Aspiración de las vías aéreas 1.2 () Posición de semifowler 1.3 () Posición de Rossier 2.1 () Monitorización de la frecuencia respiratoria 2.2 () Vigilancia en la aplicación de la medicación 2.3 () Oxigenoterapia 2.4 () Cambio de posición 3.1 () Manejo del vómito 3.2 () Precauciones para evitar la aspiración 3.3 () Posición de posición	1.1 () <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> 1.2 () <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> 1.3 () <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> 2.1 () <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> 2.2 () <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> 2.3 () <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> 2.4 () <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> 3.1 () <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> 3.2 () <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> 3.3 () <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
					1	2	3	4	5																																													
					1	2	3	4	5																																													
					1	2	3	4	5																																													
					1	2	3	4	5																																													
					1	2	3	4	5																																													
					1	2	3	4	5																																													
					1	2	3	4	5																																													
					1	2	3	4	5																																													
					1	2	3	4	5																																													
					1	2	3	4	5																																													

Adaptado por: Leticia Rocio Herrera Cisneros

NECESIDAD	VALORACION	DIAGNOSTICO (ETIQUETAS)	PLANIFICACION (INTERVENCIONES)	EJECUCION (INTERVENCIONES)	EVALUACION D ← → I
<p>3. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LIMITES NORMALES: Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS (OBJETIVOS)</p> <p>1. Termorregulación</p> <p>2. Termorregulación</p>	<p>Signos y síntomas de hipotermia: Temperatura axilar menor de 35°C</p> <p>Piel enrojecida _____ Calor al tacto _____ Taquicardia _____ Taquipnea _____</p> <p>Signos y síntomas de hipotermia: Temperatura axilar menor de 35°C</p> <p>Palidez _____ Frialdad de la piel _____ Escalofríos _____ Piloerección _____</p> <p>Otros datos objetivos y subjetivos:</p>	<p>1. () Hipertermia: relacionado con probable fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal, manifestado por signos de hipertermia y temperatura mayor de 38°C</p> <p>2. () Hipotermia: relacionado con probable fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal, manifestado por signos de hipotermia y temperatura menor a 35°C.</p>	<p>1.1 () Monitorización de la temperatura corporal</p> <p>1.2 () Regulación de la temperatura corporal por medios físicos</p> <p>1.3 () Administración de medicación</p> <p>1.4 () Manejo ambiental</p> <p>1.5 () Vigilancia de la piel</p> <p>2.1 () Monitorización de la temperatura corporal</p> <p>2.2 () Regulación de la temperatura corporal por medios físicos</p> <p>2.3 () Aplicación de calor</p> <p>2.4 () Manejo ambiental</p> <p>2.5 () Vigilancia de la piel</p>	<p>1.1 ()</p> <p>1.2 ()</p> <p>1.3 ()</p> <p>1.4 ()</p> <p>1.5 ()</p> <p>2.1 ()</p> <p>2.2 ()</p> <p>2.3 ()</p> <p>2.4 ()</p> <p>2.5 ()</p>	<p>1.1 1 2 3 4 5</p> <p>1.2 1 2 3 4 5</p> <p>1.3 1 2 3 4 5</p> <p>1.4 1 2 3 4 5</p> <p>1.5 1 2 3 4 5</p> <p>2.1 1 2 3 4 5</p> <p>2.2 1 2 3 4 5</p> <p>2.3 3 4 1 2 5</p> <p>2.4 3 4 1 2 5</p> <p>2.5 1 2 3 4 5</p>

NECESIDAD	VALORACION	DIAGNOSTICO (ETIQUETAS)	PLANIFICACION (INTERVENCIONES)	EJECUCION (INTERVENCIONES)	EVALUACION D ← → I
<p>4. ELIMINAR LOS DESECHOS CORPORALES: Expulsión de las sustancias nocivas o inútiles producidas por el metabolismo o por ciertas funciones como: eliminación urinaria e intestinal, sudor, lágrimas, menstruación o loquios.</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS (OBJETIVOS) 1. Continencia intestinal. 2. Continencia urinaria.</p>	<p>Signos y síntomas de alteración de la evacuación intestinal: Frecuencia de eliminación de heces _____ Diarrea _____ Características de las heces _____</p> <p>Signos y síntomas de alteración urinaria: Frecuencia de eliminación urinaria _____ Cantidad _____ Incontinencia urinaria _____</p> <p>Otros datos objetivos y subjetivos:</p>	<p>1. () Incontinencia fecal: relacionada con relajación del esfínter anal, manifestado por eliminación de heces líquidas no formadas.</p> <p>2. () Deterioro de la eliminación urinaria: relacionada con relajación del esfínter vesical, manifestado por incontinencia urinaria.</p>	<p>1.1 () Cuidados de incontinencia intestinal</p> <p>1.2 () Ayuda con los autocuidados de aseo</p> <p>1.3 () Vigilancia de la piel perianal</p> <p>2.1 () Cuidados de incontinencia urinaria</p> <p>2.2 () Ayuda con los autocuidados de aseo</p> <p>2.3 () Sondaje vesical</p> <p>2.4 () Cuidados perineales</p>	<p>1.1 ()</p> <p>1.2 ()</p> <p>1.3 ()</p> <p>2.1 ()</p> <p>2.2 ()</p> <p>2.3 ()</p> <p>2.4 ()</p>	<p>1.1 1 2 3 4 5</p> <p>1.2 1 2 3 4 5</p> <p>1.3 1 2 3 4 5</p> <p>2.1 1 2 3 4 5</p> <p>2.2 1 2 3 4 5</p> <p>2.3 1 2 3 4 5</p> <p>2.4 1 2 3 4 5</p>

NECESIDAD	VALORACION	DIAGNOSTICO (ETIQUETAS)	PLANIFICACION (INTERVENCIONES)	EJECUCION (INTERVENCIONES)	EVALUACION D ← → I
<p>5. DORMIR Y DESACANSAR: Suspensión de las actividades y del estado de conciencia que permite recuperar las fuerzas del organismo.</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS (OBJETIVOS) 1. Descanso</p>	<p>Trastornos del sueño: Insomnio _____ Hipersomnia _____</p> <p>Cambios de comportamiento: Confusión _____ Irritabilidad _____ Temores incontrolables _____ Angustia _____ Ansiedad _____</p> <p>Alucinaciones: Auditivas _____ Visuales _____ Táctiles _____</p> <p>Otros datos objetivos y subjetivos:</p>	<p>1. () Deterioro del patrón del sueño: relacionado con excitación del sistema nervioso, manifestado por trastornos del sueño y signos de cambios de comportamiento.</p>	<p>1.1 () Fomentar el sueño 82</p> <p>1.2 () Cuidados intermitentes durante el sueño</p> <p>1.3 () Fomento del ejercicio</p> <p>1.4 () Terapia de relajación simple</p> <p>1.5 () Disminución de la ansiedad</p> <p>1.6 () Manejo ambiental: confort</p> <p>1.7 () Terapia musical</p>	<p>1.1 ()</p> <p>1.2 ()</p> <p>1.3 ()</p> <p>1.4 ()</p> <p>1.5 ()</p> <p>1.6 ()</p> <p>1.7 ()</p>	<p>1.1 1 2 3 4 5</p> <p>1.2 1 2 3 4 5</p> <p>1.3 1 2 3 4 5</p> <p>1.4 1 2 3 4 5</p> <p>1.5 1 2 3 4 5</p> <p>1.6 </p> <p>1.7 1 2 3 4 5</p>

NECESIDAD	VALORACION	DIAGNOSTICO (ETIQUETAS)	PLANIFICACION (INTERVENCIONES)	EJECUCION (INTERVENCIONES)	EVALUACION D ← → I
<p>6. EVITAR PELIGROS: Protección contra las amenazas, las agresiones y las negligencias a fin de mantener la integridad física y psicológica.</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS (OBJETIVOS)</p> <p>1. Control del pensamiento distorsionado.</p> <p>2. Control de la ansiedad.</p> <p>3. Control de impulsos.</p> <p>4. Estabilidad del estado neurovascular periférico.</p> <p>5. Conservar el estado de seguridad evitando las lesiones físicas.</p>	<p>Equilibrio y la marcha: Marcha inestable _____ Incoordinación de movimientos _____</p> <p>Temblores de: manos _____ generalizado _____ Convulsiones _____</p> <p>Cambios de comportamiento: Agitación _____ Temor _____ Irritabilidad _____ Actitud preocupada _____ Autoagresividad _____ Agresividad a otros _____ Cambios repentinos en el estado de ánimo _____ Conducta desinhibida _____</p> <p>Signos de compromiso neurovascular periférica: Coloración de manos _____ Pies _____ Uñas _____ Parestesias en manos _____ Pies _____</p> <p>Nivel de conciencia: Respuesta ocular _____ Respuesta motora _____ Respuesta verbal _____</p> <p>Estado mental: Pensamiento incoherente e incongruente _____ Orientación en tiempo _____ lugar _____ persona _____ Grado de atención _____</p> <p>Estado de la percepción: Alucinaciones visuales _____ Táctiles _____ Auditivas _____</p> <p>Otros datos objetivos y subjetivos:</p>	<p>1. () Trastorno de los procesos del pensamiento: relacionado con excitación del sistema nervioso, manifestado con cambios de comportamiento, en el nivel de conciencia, en el estado mental y alucinaciones.</p> <p>2. () Ansiedad: relacionada con excitación del sistema nervioso, manifestada por cambios en el comportamiento.</p> <p>3. () Riesgo de violencia autodirigida y a otros: relacionada con excitación del sistema nervioso.</p> <p>4. () Riesgo de disfunción neurovascular periférica: relacionado con aplicación de sujeción física.</p> <p>5. () Riesgo de traumatismo: relacionado con excitación del sistema nervioso.</p>	<p>1.1 () Manejo de ideas ilusorias, de alucinaciones y del delirio con orientación en la realidad</p> <p>1.2 () Manejo de la conducta con escucha activa</p> <p>1.3 () Manejo de la medicación con vigilancia de efectos secundarios</p> <p>2.1 () Manejo de la ansiedad con vigilancia, facilitar la expresión de sentimientos y escucha activa</p> <p>2.2 () Administración de medicación y vigilancia de efectos secundarios</p> <p>2.3 () Potenciación de la seguridad</p> <p>3.1 () Aislamiento con protección y vigilancia</p> <p>3.2 () Establecer límites y acuerdos</p> <p>3.3 () Prevención de la autoviolencia y a otros</p> <p>3.4 () Sujeción física</p> <p>3.5 () Protección de los derechos del paciente</p> <p>4.1 () Cuidados de inmovilización por sujeción física</p> <p>4.2 () Vigilancia de la piel</p> <p>4.3 () Vigilancia de signos de disfunción neurovascular en extremidades</p> <p>5.1 () Potenciación de la seguridad</p> <p>5.2 () Prevención de caídas</p>	<p>1.1 ()</p> <p>1.2 ()</p> <p>1.3 ()</p> <p>2.1 ()</p> <p>2.2 ()</p> <p>2.3 ()</p> <p>3.1 ()</p> <p>3.2 ()</p> <p>3.3 ()</p> <p>3.4 ()</p> <p>3.5 ()</p> <p>4.1 ()</p> <p>4.2 ()</p> <p>4.3 ()</p> <p>5.1 ()</p> <p>5.2 ()</p>	<p>1.1 1 2 3 4 5</p> <p>1.2 1 2 3 4 5</p> <p>1.3 1 2 3 4 5</p> <p>2.1 1 2 3 4 5</p> <p>2.2 1 2 3 4 5</p> <p>2.3 1 2 3 4 5</p> <p>3.1 1 2 3 4 5</p> <p>3.2 1 2 3 4 5</p> <p>3.3 1 2 3 4 5</p> <p>3.4 1 2 3 4 5</p> <p>3.5 1 2 3 4 5</p> <p>4.1 1 2 3 4 5</p> <p>4.2 1 2 3 4 5</p> <p>4.3 1 2 3 4 5</p> <p>5.1 1 2 3 4 5</p> <p>5.2 1 2 3 4 5</p>

NECESIDAD	VALORACION	DIAGNOSTICO (ETIQUETAS)	PLANIFICACION (INTERVENCIONES)	EJECUCION (INTERVENCIONES)	EVALUACION D ← → I
<p>7. ESTAR LIMPIO Y ASEADO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS: Aplicación de los cuidados de higiene esenciales para la salud, atención a la apariencia personal y preservación de los tejidos que recubren el cuerpo.</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS (OBJETIVOS)</p> <p>1. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>2. Cuidados personales: baño e higiene.</p> <p>3. Integridad tisular: piel</p>	<p>Mucosa oral: Ulceraciones _____ Laceraciones _____ Maceraciones _____ Resequedad _____</p> <p>Piel: Abrasiones _____ Descamación _____ Ulceraciones _____ Laceraciones _____ Maceraciones _____ Resequedad _____</p> <p>Higiene: Pelo _____ Cavidad oral _____ Oído externo _____ Narinas _____ Uñas _____ Genitales externos _____ Características de las secreciones genitales _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Lesiones cutáneas: Laceraciones en: Muñecas _____ Tobillos _____</p> <p>Otros datos objetivos y subjetivos:</p>	<p>1. () Deterioro de la mucosa oral: relacionado con la ingesta excesiva de irritantes, manifestado por alteraciones en la mucosa oral.</p> <p>2. () Déficit de autocuidado: baño/higiene: relacionado con deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de baño e higiene, manifestado por alifio inadecuado.</p> <p>3. () Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: relacionado con aplicación de sujeción física.</p>	<p>1.1 () Administración de medicación tópica</p> <p>1.2 () Protección contra infecciones</p> <p>1.3 () Cuidado de heridas</p> <p>2.1 () Ayuda de los autocuidados de baño e higiene</p> <p>2.2 () Cuidado de las uñas</p> <p>2.3 () Cuidado de los oídos</p> <p>2.4 () Cuidados de la boca</p> <p>2.5 () Cuidado de los pies</p> <p>2.6 () Cuidado del cabello</p> <p>2.7 () Cuidados perineales</p> <p>3.1 () Prevención de úlceras por presión y sujeción</p> <p>3.2 () Vigilancia de la piel</p> <p>3.3 () Cuidados del paciente encamado</p>	<p>1.1 ()</p> <p>1.2 ()</p> <p>1.3 ()</p> <p>2.1 ()</p> <p>2.2 ()</p> <p>2.3 ()</p> <p>2.4 ()</p> <p>2.5 ()</p> <p>2.6 ()</p> <p>2.7 ()</p> <p>3.1 ()</p> <p>3.2 ()</p> <p>3.3 ()</p>	<p>1.1 1 2 3 4 5</p> <p>1.2 1 2 3 4 5</p> <p>1.3 1 2 3 4 5</p> <p>2.1 1 2 3 4 5</p> <p>2.2 1 2 3 4 5</p> <p>2.3 1 2 3 4 5</p> <p>2.4 1 2 3 4 5</p> <p>2.5 1 2 3 4 5</p> <p>2.6 1 2 3 4 5</p> <p>2.7 1 2 3 4 5</p> <p>3.1 1 2 3 4 5</p> <p>3.2 1 2 3 4 5</p> <p>3.3 1 2 3 4 5</p>

NECESIDAD	VALORACION	DIAGNOSTICO (ETIQUETAS)	PLANIFICACION (INTERVENCIONES)	EJECUCION (INTERVENCIONES)	EVALUACION D ← → I															
<p>8. COMUNICARSE CON LOS SEMEJANTES: Establecimiento de relaciones con los demás.</p> <p>RESULTADOS ESPERADOS (OBJETIVOS) 1. Comunicación: fomentar capacidad expresiva.</p>	<p>Comunicación verbal: Dislalia _____ Habla pastosa _____</p> <p>Expresión de sentimientos: Ansiedad _____ Angustia _____ Temor _____</p> <p>Otros datos objetivos y subjetivos:</p>	<p>1. () Deterioro de la comunicación verbal: relacionado con excitación del sistema nervioso, manifestado por deterioro de la comunicación verbal y dificultad en la expresión de sentimientos.</p>	<p>1.1 () Escucha activa</p> <p>1.2 () Fomento de la comunicación</p> <p>1.3 () Facilitar la expresión de sentimientos</p>	<p>1.1 ()</p> <p>1.2 ()</p> <p>1.3 ()</p>	<p>1.1</p> <table border="1" data-bbox="1675 326 1942 354"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>1.2</p> <table border="1" data-bbox="1675 378 1942 406"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>1.3</p> <table border="1" data-bbox="1675 430 1942 457"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5																
1	2	3	4	5																
1	2	3	4	5																