



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN PACIENTE CON PERFORACIÓN RECTAL

TRATADO CON COLOSTOMÍA

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

**BLANCA ERIKA BARRIOS VARGAS
N° CTA. 402067809**

**DIRECTOR DEL TRABAJO
LEO. FEDERICO SACRISTAN RUIZ.**

MÉXICO, D.F., 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor agradecimiento es a DIOS por la oportunidad de dejarme ocupar un lugar en su mundo y darme la fuerza de salir adelante sin defraudarlo y poder dar un paso más en la vida.

A mis PADRES, gracias por ser el más grande tesoro que pudiera tener en este mundo, por todo su apoyo comprensión, tiempo, dinero, etc pero sobre todo por brindarme su amor y toda su sabiduría y guiarme por el camino del bien.

A mis HERMANAS, por brindarme su ejemplo y apoyarme en todo momento sin juzgarme y por levantarme cuando he caído.

A todas mis AMIGAS (os), (sin mencionar nombres para no olvidar a nadie), por todos esos momentos de alegría, tristeza, enojo, etc, que compartimos que nos fueron haciendo cada día más fuertes y nos ayudaron a madurar.

A mi NOVIO que siempre ha estado conmigo en las buenas y malas, que nunca me ha dejado desistir por más grandes que sean los problemas, y que me ha enseñado el valor de la amistad, la esperanza y el amor. GRACIAS.

Y por ultimo y no menos importantes a mis PROFESORES, ya que sin su enseñanza, no hubiera logrado dar este gran paso y por la gran labor que realizan ya que no hay nada más gratificante que el compartir conocimientos y que estos a su vez rindan frutos.

Y a todas las PERONAS que ya no están conmigo gracias por enviarme su luz.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
METODOLOGÍA.....	2
CAPÍTULO I. MARCO TEORICO	3
1.1 Antecedentes históricos y Etapas del Proceso de Atención de enfermería	
1.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	
1.3 Beneficios del uso del Proceso de Atención de Enfermería	
1.4 Antecedentes de la filosofía de Henderson	
Metaparadigma	
o persona	
o salud	
o rol de enfermería	
o entorno	
1.5 Enfermería y salud	
1.6 Enfermería y sociedad	
1.7 La salud independencia/dependencia y causas de dificultad	
1.8 Rol profesional/cuidados básicos de enfermería y equipo de salud	
1.9 Las 14 necesidades fundamentales según el Enfoque de Virginia Henderson	
1.10 Atención de enfermería a un paciente con colostomía	
1.11 Aparato digestivo	
1.12 Traumatismos	
10.12 Colostomía	
* cuidados	
CAPÍTULO II APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	33
2.1 Presentación del Caso.....	33
2.2 Valoración de necesidades.....	35
2.3 Jerarquización de Necesidades.....	38
2.4 Plan de Atención.....	39
2.5 Plan de Alta.....	45
Conclusiones.....	50
Sugerencias.....	51
Glosario.....	52
Anexos.....	54
Bibliografía.....	63

INTRODUCCIÓN

Para poder hablar de cuidado debe existir una necesidad y para hablar de necesidades e de hacer mención de la gran teórica Virginia Henderson, que nos presento los cuidados de enfermería desde una perspectiva bio/psico/social viendo al paciente de una forma holística. El conocimiento de los cuidados que podremos llevar acabo será mediante el método que Virginia Henderson llamo Proceso de Atención de Enfermería ya que en el recabaremos datos, podremos observar, valorar y proporcionar un cuidado satisfactorio al paciente; ya que este se base en las 14 necesidades vistas desde lo biológico, psicológico y social. Por lo que me base en este modelo para poder valorar las necesidades que pueden estar alteradas y los cuidados que necesita un paciente con colostomía, ya que no solo es la bolsa, sino el observar al paciente de forma holística como ya se había mencionado; el saber como se siente (física y emocionalmente), que puede y no que puede realizar, que debe comer, los daños que sufrirá su piel, así podremos llevar a cabo un cuidado al paciente y no solo la realización de técnicas y recordatorios teóricos.

OBJETIVOS

ESPECÍFICOS

*Valorar al paciente mediante las 14 necesidades, basado en el Modelo de la Teórica Virginia Henderson con el fin de detectar las necesidades afectadas.

*Formulación de diagnósticos, con el fin de poder llegar a una conclusión del estado de salud del paciente y brindarle una atención de acuerdo a sus necesidades.

*Designar cuidados específicos, con el fin de favorecer la mejoría del paciente.

*Verificar la efectividad de estos cuidados mediante la valoración, la observación y tomas en cuenta los comentarios del paciente.

OBJETIVO GENERAL

*Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con colostomía, dirigido a detectar las necesidades físicas dentro de las cuales van implícitas las necesidades psicológicas y sociales; para poder así proporcionar cuidados de enfermería de calidad que cubran dichas

necesidades empleada para ello conocimientos teóricos adquiridos durante el transcurrir de mi carrera como enfermera y obtener el título de Licenciado en enfermería y obstetricia.

JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería es un método de trabajo para dar cuidado individualizado; es flexible y dinámico centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona a las alteraciones de salud reales o potenciales. Lo que nos dice casi todo del paciente, por lo que es de gran relevancia para la práctica profesional del personal de enfermería.

El personal de enfermería realizar un PAE todos los días al estar con un paciente desde el momento que se presenta y valora el estado de su paciente, verifica su diagnóstico y crea los suyos, planea que realizara, con en que le favorecerá, etc, y lo lleva acabo terminando su día con los resultados que el paciente manifestara talvez no verbalmente, pero si físicamente.

Dado este ejemplo es la razón por la que lo llevo acabo y el tema es de sumo interés ya que pude observar que la mayoría de los pacientes a los que se les realiza este tipo de cirugías no tiene el conocimiento adecuado de lo que se les realizara.

Dado que el paciente requerirá de toda clase de cuidados y orientación durante su estancia hospitalaria así como de instrucciones acerca de lo que tendrá que realizar en su hogar una vez que sea dado de alta es de suma importancia recopilar datos y plasmarlos para que tanto yo que realizare el PAE como la gente que llegue a consultarlo pueda brindar un mejor manejo a su paciente y enriquecerlo según los avances.

METODOLOGÍA

El proceso lo comencé por retomar conocimientos generales tanto del Proceso de Atención de Enfermería como la historia de la enfermería y la renovación o cambios que ha tenido hasta el día de hoy.

Basándome en el Modelo de Virginia Henderson realice una recopilación de información, dándole secuencia e importancia a cada necesidad ya que esta se basa en las 14 necesidades básicas del individuo.

Para adentrarme comencé por situarme en las etapas del Proceso, y realizándome las preguntas ¿cómo?, ¿para qué? y ¿a quién?, se le aplicaría este proceso lo que me llevo a realizar la elección de mi paciente, para qué para distinguir las necesidades afectadas y poderle brindar la oportunidad de corregirlas o modificarlas, a quién a aquel

paciente que yo considere necesita saber más (una oportunidad), y esté de acuerdo en poder formar un grupo (paciente- enfermera-familia).

Al haberlo elegido comencé a desarrollar el proceso recabando información, lo cual consiste en la práctica diaria, lo que me lleva a desarrollar cuidados, para satisfacer en la medida de lo posible las necesidades afectadas.

Conforme avanzo es mayor la complementación que se tiene que ir realizando con las consultas bibliográficas

DÍAS DE LA SEMANA	ACTIVIDADES
Miércoles	<p>Conozco ala paciente, me presentó, comienzo con la valoración, directa e indirecta(a través del interrogatorio y del expediente).</p> <p>Conforme fue avanzando el día los médicos decidían que realizarían por lo que en este momento comienzo con la auscultación complementándola con la realizada por los médicos</p>
Jueves	<p>Decidieron relazarle una cirugia por lo que yo comencé a realizar mis Dx y continué con ellos después de reunirme con ella nuevamente después de la cirugia y valorar nuevamente su estado.</p> <p>Al terminar mi día dentro del hospital y haber platicado nuevamente con la paciente pude comenzar con mi planeación es sumamente importante detectar cuales van a ser mis prioridades y la identificación de mis estrategias y técnicas para poder implementar mis planes.</p>
Vienes	<p>Vuelvo a valorar a la paciente para ver si aun puedo llevar acabo las acciones planeadas y medir la respuesta del paciente, le explique que realizaríamos y con que fin estuvo de acuerdo con sus negativas, pero poco a poco fuimos compenetrándonos, no solamente ella y yo si no que en esta fase tomamos en cuenta y la participación de la familia y fueron creciendo las dudas de todos y así pudimos crear la retroalimentación y el interés de todos.</p>
Lunes	<p>Mis objetivos se estaban cumpliendo poco a poco claro para lograrlos al 100% era muy pronto.</p> <p>Tuve la oportunidad de volver a ve a la</p>

	<p>paciente en otros servicios acompañada de su familia y brindarles alguna otra orientación, fuera del hospital puede mantener contacto y poder cumplir mis objetivos y lograr ver la mejoría de la paciente y evaluar que el plan que se le brindo fue satisfactorio.</p>
--	---

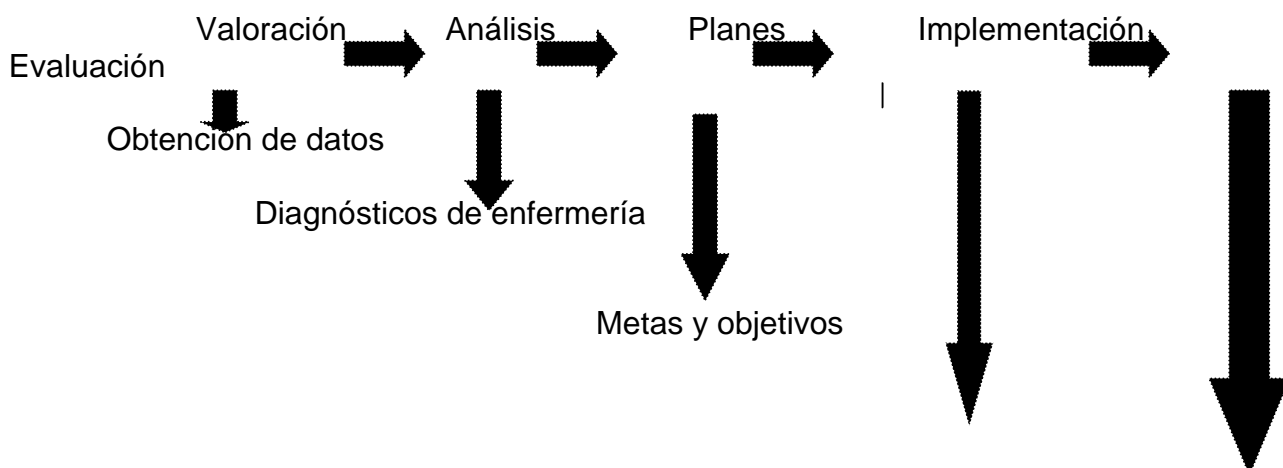
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En el pasado; la enfermería se describía en términos funcionales: actividades realizadas por las enfermeras. A principios de la década de 1960, la enfermería ponía énfasis en los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión. Los aspectos interpersonales de la relación pacientes-enfermeras fueron subrayados por Ida Orlando, quien destacó la necesidad de acciones más bien deliberadas que intuitivas; por su parte Lois Knowles incorporó el planteamiento científico describiendo a la enfermería como involucrada en descubrir, sondear, hacer y discriminar. Con un enfoque continuo en el planteamiento científico, los dirigentes de enfermería explicaron la forma de aplicarlo al desarrollo de la profesión. En 1966 Kelly describió la información disponible para la valoración de enfermería como los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnóstico médico, los antecedentes sociales, el bagaje cultural y los factores físicos y psicológicos del medio ambiente. Dorothy Jonson enfatizó la importancia de la recolección sistemática de datos y su análisis riguroso. El diagnóstico de enfermería se definió en ese tiempo como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

En 1967 Yura y Walsh escribieron el primer libro que definía, en forma integral, cuatro componentes del proceso de atención de enfermería, las autoras daban gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería. Para la década de los 70, la profesión de enfermería empezó a mirarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente, los pasos del proceso fueron legitimados en 1973, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publicó las normas de la Práctica de enfermería por lo que muchos estadios iniciaron una revisión de las actividades de enfermería como reflejos del extenso campo que abarca. Recientemente los exámenes fueron revisando para valorar los conocimientos enunciados de los cinco componentes mayores del proceso de atención de enfermería: valoración, análisis, planeación, implementación y evaluación.



Planes para la implementación
Razonamiento científica
Implementación/ejecución

Evaluación final

En la práctica de enfermería, los papeles de las enfermeras son independientes (valoración, análisis diagnóstico, planeación, implementación y evaluación), interdependientes (incluyendo la coordinación y planeación con otros miembros del equipo de salud; y, por último, las actividades dependientes comprenden el cumplimiento de las indicaciones del médico para administrar medicamentos o tratamientos. El proceso de atención de enfermería amplía cada una de estas actividades en beneficio del paciente ya que es el medio de que dispone la enfermera para demostrar su interés y responsabilidad a los pacientes.

Es un método de trabajo para dar cuidado individualizado; es flexible y dinámico, es decir cada paso se repite cuantas veces lo requiera el estado de salud del paciente centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona a las alteraciones de salud reales o potenciales (Alfaro Rosalinda). Este método surge de la práctica cotidiana de las enfermeras que poco a poco fue perfeccionándose que hasta 1955 se le da el término de proceso de atención de enfermería.

Su función es que el cuidado sea continuo, organizado, personalizado y resolver problemas de salud con un servicio de calidad. Se lleva a cabo de manera ordenada y sistematizada según sus cinco fases ya mencionadas anteriormente.

1.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración

El primer paso en la aplicación del proceso es la valoración o recolección de información, comprende las condiciones fisiológicas, sociológicas, psicológicas y culturales del individuo. Llevando a cabo la interacción enfermera-paciente a través de un instrumento de valoración, denominado entrevista, cuyos datos se dividen en objetivos (signos), que son los que la enfermera obtiene mediante el interrogatorio y pueden ser observados y medidos por otros profesionales de la salud, los subjetivos (síntomas), es la información que proporciona el paciente y que la enfermera no puede confirmar. Estos datos pueden ser tomados de distintas fuentes; una es la directa (el mismo paciente), y la indirecta (familia, vecinos, amigos, otros profesionales de la salud, registros médicos y bibliografías).

Existen varios métodos de la recolección de datos que pueden utilizarse para la valoración: entrevista, exploración física, datos diagnósticos y de laboratorio.

La valoración puede ser de varios tipos: inicial o de primer contacto, focalizada centrada en un aspecto, de evolución que compara el estado de salud que en general evalúa a toda persona.

La valoración consta de dos fases:

a) Entrevista: consta de un instrumento de valoración, el cual tiene que cumplir con ciertas características para su realización y cumplirse lo siguiente.

1.- Lugar: adecuado, con privacidad, sin ruidos y tiempo suficiente

2.- Enfermera: actitud, orden, ser clara y objetiva, respetuosa, saber escuchar.

3.- Paciente: disposición, capacidad de comunicarse, voluntad, estado de ánimo, tiempo y paciencia.

La entrevista contiene tres fases

1.- Inicio: se selecciona al paciente, se realiza la presentación y se le pide su autorización para

Este trabajo, explicándole lo que se llevara a cabo en los tiempos adecuados.

2.- Desarrollo: realización del interrogatorio.

3.- Culminación: concluye la entrevista en esta etapa.

b) Examen Físico: Son cuatro métodos de uso común para la recopilación de datos durante el examen físico: inspección, palpación, percusión y auscultación (son datos de tipo objetivos).

1.- Inspección: es describir de manera cefalo-caudal, para realizarla solo se necesita la observación.

2.- Palpación: tocar todos los segmentos óseos buscando posibles presencias de masas, hendiduras asimetrías en el cuerpo , por ejemplo ; masas intestinales , edemas en miembros torácicos e inferiores , etc.

3.- Percusión: es golpear una superficie del cuerpo (abdomen y zona renal), puede ser de manera directa o indirecta para su realización se necesita del sistema del oído y del tacto,

Se pretenden identificar sonidos y resonancias, hipersonancias, timpanito y mate.

4.- Auscultación: se escucha la cavidad torácica (pulmones y corazón), la cavidad abdominal,(ruidos intestinales se realiza por medio del sentido del oído y la ayuda del estetoscopio).

Diagnostico

Es la segunda fase del Proceso de Atención de Enfermería en la se emite una conclusión del estado de salud del paciente en base a los datos obtenidos en la valoración, una afirmación que describe la respuesta real o potencial del paciente a un problema de salud.

La responsabilidad de enfermería es diagnosticar las respuestas humanas a las secuelas y problemas relacionados con la salud y a los efectos de estos problemas sobre las actividades de la vida diaria.

Las primeras conferencias nacionales sobre la clasificación de diagnóstico de enfermería celebrada en EUA en 1973, aceptó una definición de proceso: diagnóstico de enfermería es “el juicio o conclusión al que se llega como consecuencia de la valoración de la enfermería”. La importancia del diagnóstico de la enfermería está indicada por la definición adoptada por la convención EUA de 1976 y refinado en 1980 para quedar como: “enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud **presentes o potenciales**.”

El diagnóstico de enfermería es probablemente el menos comprendido, el más polémico y el eslabón más débil en el proceso de enfermería. Así mismo es identificado como un componente esencial que requiere un nivel elevado de destreza intelectual. Es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud del paciente.

Los diagnósticos de enfermería permiten el uso de un lenguaje común dentro de la profesión este lenguaje intensifica la comunicación entre compañeros y con otros profesionales de la salud, mejora la continuidad de los servicios y representa un cuerpo organizado y ciencia clínica en enfermería.

De acuerdo con Henderson, el proceso para determinar el proceso de enfermería deben incluir los elementos siguientes: una situación con uno o más pacientes; la obtención cuidadosa de datos objetivos y subjetivos; un esquema conceptual de enfermería; un interés o problema de salud existente o potencial; una causa, condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención “dentro del dominio profesional de enfermería”.

En dicha fase se analizan e interpretan los datos obtenidos en la valoración para identificar las necesidades del paciente y formular un diagnóstico enfermero.

En cuanto a sus características se encuentran: individual de acuerdo a cada persona, dinámico cambia a cada momento según las necesidades del tiempo específico en relación al problema, flexible por que cambia de acuerdo a la evolución del paciente, evalúa el ámbito cultural y social solo puede ser resuelto por tecnología de enfermería a diferencia del diagnóstico médico que solo se centra en las patologías del paciente.

Los diagnósticos se clasifican en:

1.- Real.- el que a partir de la valoración de enfermería reúne todos los datos confirmatorios de su existencia.

2.- Potencial.- Se define cuando no está presente en el momento de realizar la valoración, aunque existen indicios/riesgos suficientes que pueden llevar a su aparición posterior.

3.- Posible.- cuando los datos recogidos en la valoración nos indica la probabilidad de su presencia, aunque faltan datos para confirmarlo o negarlo.

Existen dos formas de realizarlos

a) NANDA: a través de la utilización de etiquetas diagnósticas, frase “relacionado con” probable etiología y las características definitorias.

Etiqueta definitoria	r/c	<u>probable</u> etiología	característica
-------------------------	-----	---------------------------	----------------

b) Formato PESS, en el se escribe el problema, la frase “relacionado con” etiología probable y “manifestado por”

P	E	S	S
Problema	Etiología	Signos y Síntomas	Signos y Síntomas
r/c	Etiología probable		
m/p			

Componentes de los diagnósticos

1.- ETIQUETA DIAGNÓSTICA O NOMBRE: consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.

Por ejemplo: “Alteración en el mantenimiento de la salud” o “Impotencia”

2.- DEFINICIÓN: Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciando que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.

Por ejemplo: “Alteración en el mantenimiento de la salud” se define como “Incapacidad para identificar, manejar y/o buscar ayuda para mantener la salud”

3.- CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico. Estas características se recogen en la valoración, y a través de la observación y entrevista en forma de datos objetivos y subjetivos. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.

4.- FACTORES RELACIONADOS: Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales factores pueden ser descritos como:

- a) Antecedentes de
- b) Asociados con
- c) Relacionados con
- d) Contribuyente a
- e) Provocado

Cabe añadir que cuando el diagnóstico es POTENCIAL, no existen características definitorias como se ha comentado anteriormente y a los factores relacionados se les denomina FACTORES DE RIESGO.

El primer paso para realizarlos es identificar el estado de salud del paciente y su problema, las necesidades deben ser recompensadas por el funcionamiento normal del individuo.

El segundo paso consiste en redactar un diagnóstico de enfermería.- este es una conclusión o el enunciado de un resumen respecto a cada problema o interés de salud.

El tercer paso es la confirmación de l diagnóstico.- hay dos etapas en la confirmación:

La primera se relaciona con el conjunto o el patrón de signos y síntomas que definen el diagnóstico, esta confirmación comprende la revisión de los datos que condujeron a la emisión del juicio y la verificación de su suficiencia y precisión; la enfermera evalúa también el fundamento científico en que se basa el diagnóstico para reforzar el grado razonable de probabilidad.

La segunda confirmación es uno de los aspectos más importantes del diagnóstico de enfermería y es posible que sea uno de los que omiten con mayor frecuencia esta etapa de confirmación consiste en colaborar con el paciente para ratificar el diagnóstico de enfermería. La colaboración de un componente esencial del éxito del cambio por tres razones: primero, trabajar juntos representa la base de una relación verdadera, con la cual es más probable que se obtengan datos exactos y válidos; segundo la relación verdadera provee al paciente como un soporte firme y un apoyo para arriesgarse y cambiar conductas y por último, la colaboración indica influencia mutua; de acuerdo con Orlando, si no hay confirmación mutua , la enfermera estará comprometida en una actividad no terapéutica.

Virginia Henderson trabaja exclusivamente el concepto de persona como ser individual que a su vez interactúa con otros individuos en la familia y en otros grupos. Así podría parecer que los diagnósticos de la NANDA relativos a funcionamiento de la familia como grupo, no tendrían cabida si se utiliza el modelo de Virginia Henderson. Sin embargo, si se considera a cada persona perteneciente a un grupo familiar como persona individual, sí se puede ser trabajado desde el punto de vista de esta autora, aun cuando la repercusión positiva o negativa de su comportamiento tenga incidencia en otros miembros de la familia.

Planeación

La fase de planeación es el acto de determinar qué puede hacerse para auxiliar al paciente en el restablecimiento, la conservación o el fenómeno de la salud. Comprende la meditación de las prioridades, el establecimiento de metas, el desarrollo de objetivos y la identificación de estrategias o técnicas específicas para la implementación.

La enfermera valora el estado de salud de sus pacientes y formula con ellos los planes individuales para su cuidado.. los planes todavía reflejan los problemas médicos del paciente, pero ahora están dirigidos igualmente a otros intereses de salud, como la ansiedad, las dificultades económicas, los conflictos familiares, el ambiente y la socialización.

Los elementos de la planeación (el juicio de las prioridades, el establecimiento de metas y el desarrollo de objetivos), son necesarios para dar dirección al cuidado de enfermería calificado.

Juicio de prioridades

El proceso de juzgar las prioridades comienza con la lista de los diagnósticos de enfermería. El acto de elegir un diagnóstico que abarcan problemas que ponen en peligro la vida, una situación amenazante presente o inminente toma precedencia sobre una situación potencial de peligro para la vida. Para juzgar los intereses de los enfermos también son útiles los principios fisiológicos. Una vez que la salud biofísica se ha estabilizado, se encaran los problemas reales o potenciales peligrosos para la vida.

La intervención del propio paciente es una parte importante en el ordenamiento de los problemas según su importancia; dado que una de las metas de la enfermera consiste en trabajar en forma recíproca con los pacientes, debe considerarse la comprensión del paciente acerca de la situación actual, incluyendo valores, pensamientos y sentimientos sobre la forma de resolver los problemas de salud, el estado de salud individual y su capacidad para resolver problemas. Los valores, pensamientos y sentimientos del individuo acerca de la resolución de los problemas da salud tienen impacto sobre su cooperación en ciertas intervenciones.

Lineamientos específicos para enlistar las prioridades y las metas en los problemas de salud podrían ser:

- 1.- Problemas existentes o inminentes que amenazan la vida
- 2.- Problemas existentes o potenciales que amenazan la vida.
- 3.- Percepción del paciente sobre sus problemas de salud.

Establecimiento de Metas

Una meta es un enunciado que describe un intento, estado o condición, amplio o abstracto, que refleja un resultado. Si los diagnósticos de enfermería reflejan los problemas específicos del paciente, entonces es necesaria sólo una meta por diagnóstico. Los diagnósticos vagos o en términos amplios requieren más de una meta.

La naturaleza de la meta depende del diagnóstico; las metas reflejan la restitución, conservación o fomento de la salud. Las metas de restitución de la salud son apropiadas cuando los recursos internos o externos del paciente están disminuidos o son inadecuados.

Las metas de conservación de la salud son apropiadas cuando el paciente debe aumentar los recursos existentes, internos o externos, o continuar usando esos recursos.

Las metas de fomento a la salud reflejan el deseo de su funcionar a un nivel más elevado de salud, para prosperar más allá de la simple conservación de la salud.

Desarrollo de objetivos

Una vez que se han establecido las metas apropiadas para los diagnósticos, se desarrollan los objetivos para el rendimiento o conducta específica del paciente. Un objetivo describe un resultado futuro de una acción particular, no el proceso mismo de la acción.

Robert Pager enuncia tres razones aplicables al desarrollo de objetivos en enfermería: primero los objetivos dan dirección para seleccionar o designar las estrategias y el orden ; segundo, un objetivo definido en forma apropiada implica en contenido de la estrategia u orden, los materiales potenciales necesarios para ello y sus métodos; por último, los objetivos proporcionan medios para que la enfermera y el paciente organicen sus esfuerzos.

Las características de los objetivos que pueden ayudar a comunicar los propósitos se han identificado como realización, condiciones y criterios.

Realización: una realización es cualquier actividad emprendida en y para el paciente. Las realizaciones encubiertas son mentales, invisibles, cognoscitivas o internas, y tienen un camino directo de ser valoradas; los verbos que indican realizaciones encubiertas son: identificar, resolver, usar, comparar y determinar.

Condiciones: las condiciones necesitan incluirse si son esenciales para alcanzar el objetivo; si el desempeño o realización establece claramente lo que se espera, no es necesario incluir las condiciones.

Criterio. Es la norma bajo la cual se evalúa el desempeño o realización los criterios o normas en el objetivo pueden exponerse en una de cuatro maneras.

1.-velocidad: asignar un límite de tiempo que sea razonable de acuerdo al estado de salud del paciente y a las discapacidades y limitaciones tanto de la enfermera como del paciente.

2.- precisión: precisión .identificar un grado específico cuantitativo del desempeño

3.- calidad: Indicar la norma que se espera en términos de los procedimientos aceptables dados

4.- con referencia al criterio: utilizar un libro panfleto u otros recursos como guía. Los criterios dan dirección a los planes para alcanzar el objetivo, y proporcionar una medida para evaluar el logro del mismo.

El plan de atención de enfermería comienza como ya vimos con el enunciado del diagnóstico de enfermería y avanza hacia la meta y los objetivos. Una vez identificados éstos, se seleccionan acciones únicas – órdenes de enfermería –para ayudar al paciente a alcanzar las metas y objetivos.

Los planes de cuidado de enfermería no son órdenes o funciones médicas delegadas, aunque las enfermeras todavía intervienen en la implementación de estas funciones u órdenes, la orden de enfermería es separada y es en forma explícita una acción de enfermería. La disposición u orden de enfermería complementa el mandato médico con actividades conexas como la enseñanza, la discusión, la demostración o los métodos para prevenir la enfermedad y conservar o fomentar la salud.

Un plan proporciona dirección, guía y significado al cuidado de enfermería. Es una fuente central de información para todos los que intervienen en la atención de un paciente dado. Es el medio primario de comunicación sincronización y organización de las acciones de todo el personal de enfermería. El plan de cuidados da continuidad a la atención, el personal en constante cambio, los reportes que se modifican y las rondas de enfermería.

La actualización de las acciones de enfermería con nuevos datos de evaluación aseguran la calidad continua de cuidado. La comunicación adecuada de esta información, ya sea escrita verbal o ambas, es un rasgo distintivo de la enfermera profesional.

Enfermera y paciente trabajan juntos para formar el plan de cuidados el paciente, la familia y otras personas importantes en el núcleo familiar brindan singularidad a la situación la enfermera porta su conocimiento y experiencia al paciente; reunidos, compartiendo la información, el paciente y la enfermera alcanzan un grado óptimo en la escritura del plan.

Los planes de cuidados de enfermería redactados con el paciente, tienen la calidad del poder del propio paciente la probabilidad de su éxito se amplifica cuando se consulta al paciente y a su familia e intervienen en forma activa. Los problemas del paciente requieren a menudo cierto cambio en la conducta de los miembros de la familia.

La situación paciente-familia es compleja, por lo tanto, las decisiones y planes de atención de enfermería se basan en los conocimientos de la enfermera a cerca de la información que poseen el paciente y sus

familiares, así como en sus capacidades y destrezas; la enfermera utiliza esta información para considerar las numerosas variables en las situaciones del paciente.

Para redactar planes de implementación se sugieren:

1.- *El plan está fechado y tiene la firma de la enfermera responsable:* la fecha es importante, dado que las órdenes de enfermería son revisadas y puestas al día en forma periódica. La fecha se utiliza como punto de referencia como evaluación y planeación futura. La firma de la enfermera en el plan escrito demuestra su responsabilidad tanto ética como legal.

2.- *Las estrategias de implementación y las órdenes de enfermería son apropiadas a sus objetivos respectivos:* una estrategia de enfermería se define como un plan o táctica global que sirve como guía para las órdenes individuales de enfermería. Los objetivos definidos con claridad proporcionan una base sólida para seleccionar las estrategias. La selección de estrategias y órdenes de enfermería se basan en el dominio del objetivo. Los planes deberán ser flexibles y estar sujetos a revisión si se desea que los acercamientos sean eficaces.

3.- *Los planes se redactan en términos del paciente y las acciones de enfermería suficientes para lograr las metas y objetivos:* los planes de atención de enfermería definen los tipos de acciones de la enfermera y el paciente. En algunos planes, como caminar con muletas, el paciente ejecuta la acción completa; en otros la enfermera asume el papel dominante. No obstante la meta última es para que el paciente realice tanto como sea posible con el fin de conservar una sensación de control personal de la situación.

4.- *Los planes de atención de enfermería se expresan en términos específicos dando dirección a la conducta de la enfermera y el paciente:* las órdenes de enfermería necesitan ser específicas. ¿Qué debe hacer el paciente para lograr los objetivos y metas? ¿Qué necesita hacer la enfermera?, ¿Quién es la persona idónea para asistir al paciente?. Al hacer la planeación deben considerarse todos estos aspectos las órdenes de enfermería son de alcance limitado debido a que no son tan precisas y específicas como debería hacerlas la persona que hace la implementación.

5.- *El plan incluye aspectos preventivos de fomento y de rehabilitación:* Los tres aspectos del cuidado prevención, fomento y rehabilitación, están incluidos en los planes para cada paciente. El estado general de salud del paciente, los problemas de salud identificados y las fuerzas, además de la situación, dictan cuál es el aspecto central. En ocasiones concurren los tres aspectos.

6.- *El plan de atención de enfermería incluye la colaboración y la coordinación de actividades.* Colaboración y coordinación son

componentes esenciales de la jefatura de enfermería intrínsecos al plan de cuidados. ¿Con quién necesita usted colaborar para ayudar al paciente a lograr los objetivos: fisioterapeuta, nutriólogo, enfermera sanitarista, etc.? La coordinación y la colaboración comienzan el primer día, cuando el paciente y la enfermera realizan un convenio de cuidados.

7.- *Los planes son ordenados en una secuencia apropiada basada en la prioridad:* la enfermera necesita establecer la secuencia de eventos para lograr el objetivo. Cuando los objetivos han sido ordenados por prioridad, los planes de enfermería deberán seguir en consecuencia.

8.- *El plan incorpora la autonomía y la individualidad del paciente:* el plan se ajusta en forma individual a las características únicas del paciente. La autonomía y la individualidad pueden estimularse al dar al paciente la posibilidad de elegir los tiempos para la atención, así como los métodos que van a emplearse.

9.- *Los planes se mantiene al corriente, revisan e incluyen planes alternos cuando esté indicado:* para que un plan permanezca al corriente, debe ser flexible; la enfermera necesita modificar las metas y los acercamientos cuando las situaciones cambian. La situación o el estado del paciente pueden cambiar de un momento a otro o de día en día o es posible que permanezca igual por semanas, meses o más tiempo. Las valoraciones frecuentes son necesarias y el plan deberá ser revisado según se requiera.

10.- *los planes para el futuro del paciente también se incluyen:* los dos conceptos principales en el área de la planeación del futuro son el fin de la relación enfermera-paciente y el alta. La relación enfermera-paciente termina cuando ya no necesita los cuidados de una enfermera profesional. La última fase del proceso interpersonal es la resolución; las necesidades del paciente han sido cubiertas por el esfuerzo aunado de enfermería y paciente, pero las necesidades de dependencia continúan en un nivel psicológico, aun cuando las necesidades fisiológicas se hayan cubierto. La resolución final puede ser difícil tanto para el paciente como para la enfermera si esta fase no se completa con éxito.

Ejecución (implementación)

Es el momento de que se lleve a cabo las acciones que se determinaron en el plan de cuidados para lograr los objetivos propuestos. La valoración vuelve a ser fundamental en esta fase, para conocer si las actividades que se planificaron ayer siguen siendo válidas hoy y para medir la respuesta del paciente a esa actividad.

La enfermera considera tres fases principales cuando implementa la orden de enfermería: la preparación, la implementación misma y la post-implementación.

En la preparación la enfermera está enterada de las órdenes de enfermería, es decir tiene los conocimientos para implementarlas, está consiente de los aspectos legales y éticos y conoce los efectos

secundarios posibles y sus complicaciones, así como la destreza técnica y los recursos que son necesarios. La preparación incluye también la organización de un ambiente adecuado en el cual enfermera y paciente puedan implementar el plan, un ambiente tranquilo libre de distracciones mejora el aprendizaje.

La comodidad física y psicológica del paciente es el principal interés de la enfermera durante la implementación del plan; excelencia, seguridad y competencia son las normas que la enfermera usa en tanto que ejecuta sus actividades.

Durante la fase de post- implementación, las acciones de enfermería y las reacciones del paciente son comunicadas a otros miembros del personal mediante su registro en la hoja de evolución del paciente. Se deja al individuo en un ambiente confortable, seguro y los recursos retornan a sus lugares de origen.

La evaluación es el paso a seguir en la post-implementación, se evalúan la eficacia de las estrategias y el logro de los objetivos además de las metas.

Evaluación

La evaluación es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y a otros miembros del equipo del cuidado de salud. Requiere el conocimiento de la salud, la fisiopatología y las estrategias de evaluación.

La evaluación es útil a varios propósitos. Un propósito importante consiste en determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación examina cuestiones como: ¿fue eficaz la atención a la salud?, ¿se alcanzaron las metas y objetivos hasta el grado especificado?, ¿los cambios en la conducta del paciente se orientaron hacia la dirección esperada? Si es así, ¿cuáles estrategias fueron eficaces?; si no, ¿qué faltó en el cuidado de enfermería? Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera juzga la eficacia de las acciones; de este modo es capaz de apreciar la calidad de su servicio y determinar las formas de mejorarlo. Así demuestra la responsabilidad por sus acciones, esta responsabilidad implica interés por la conducta propia y requiere la capacidad de definir, explicar y medir los resultados de las acciones de enfermería.

Los lineamientos describen las etapas o fases de la evaluación. Estos presuponen el logro de los componentes procedentes en el proceso de atención de enfermería.

1.- Si los objetivos carecen de especificidad se dan normas para la evaluación: las normas para la evaluación son indicadores de las

conductas esperadas del paciente; se escriben del mismo modo que los objetivos, pero aclaran las conductas con mayor especificación. Cuando las normas se redactan, es importante recordar que son:

Apropiadas al objetivo, la situación del paciente, sus capacidades y limitaciones y sus recursos.

Observables y medibles, distinguiendo el rendimiento satisfactorio del no satisfactorio.

Realistas y asequibles dentro del tiempo y los recursos disponibles.

Pertinentes al dominio (cognoscitivo, psicomotor o afectivo) enunciando en el objetivo.

Los tipos de normas ya fueron descritos como respuestas fisiológicas, destrezas, conocimientos y conductas adaptativas del paciente.

2.- La evaluación formativa describe si y hasta qué grado el paciente y la enfermera han alcanzado los planes y objetivos enunciados: Durante cada interacción, la enfermera observa y compara la conducta del paciente con las normas para los objetivos; la eficacia del plan está determinada por los cambios en la conducta del paciente. Los enunciados y las conductas del paciente, como los signos y síntomas, las destrezas, los conocimientos y las capacidades están escritos en la hoja de evolución. Las respuestas relacionadas con cada norma y la etapa en los planes, son registradas; también puede registrarse la información apropiada de la familia y de otros miembros del personal.

3.- La evaluación acumulativa describe el progreso del paciente para lograr las metas o la carencia de progreso: la enfermera evalúa la respuesta del paciente en el logro de los objetivos y juzga si la conducta del paciente muestra progreso hacia la obtención de la meta. La respuesta del paciente sigue la dirección esperada y se acepta como segura, deseable y razonable, considerando el tiempo y la situación?, ¿se han resultado necesidades, intereses o problemas potenciales?, si es sí ¿hasta qué grado?. La enfermera puede reunir los datos de evaluación de la familia, de los miembros del personal y de la gráfica.

4.- el plan de atención de enfermería indica revisiones si las metas y los objetivos no se han logrado de manera adecuada: la modificación de los planes, normas, objetivos o metas, es la última etapa en el proceso de evaluación. Durante la evaluación activa, la enfermera puede lugar si los planes u objetivos son ineficaces para lograr la meta; la conducta del paciente puede mostrar un cambio escaso, ausencia de cambio en la dirección equivocada. Ahora la enfermera examina las razones posibles para la falta de progreso. Algunas razones para modificar los planes son:

Los planes no eran realistas en tiempo y recursos

Los planes sobreestiman o subestimas las capacidades del paciente

1.3 BENEFICIOS DEL USO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

*ayuda a la enfermera a estudiar en forma sistemática todos los problemas y poder dar atención al paciente, familia o comunidad.

*ayuda a la detección oportuna de necesidades, diagnóstico y tratamiento, por lo tanto se reducen las estancias hospitalarias.

*ahorro en tiempo para la ejecución de acciones, ya que estos se realizan atinadamente sin pérdida de tiempo por no saber con exactitud las necesidades del paciente.

*intervenciones individualizadas.

*evitar el manejo innecesario de documentación por lo que previene errores, omisiones y/o repeticiones.

*promueve la flexibilidad y pensamiento independiente.

*mayor satisfacción por parte de la enfermera por sus intervenciones objetivas y oportunas.

*mejora la interacción e integración de la enfermera con el equipo de salud por la detección oportuna de problemas de salud actuales y potenciales.

1.4 ANTECEDENTES DE LA FILOSOFIA DE HENDERSON

Metaparadigma de enfermería según Virginia Henderson

La única función de una enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila). El hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.¹

A partir de esta definición de enfermería, se extraen los conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson.

***persona:** considera al paciente como un individuo (es un todo complejo), presentando 14 necesidades fundamentales en persona sana o enferma: respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada entre otras, las necesidades tienen dimensiones de orden biofisiológicas y psicocultural. Una necesidad es un requisito más que una carencia que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. Lamente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y a su familia como una unidad.

***salud:** Henderson equipara la salud con independencia. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la existencia de enfermería. Dice que es la calidad de la salud más que, la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

¹ Almansa Martínez Pilar "Metodología de los Cuidados de Enfermería" pp.256

***rol de enfermería:** cuidados de enfermería y relación con el equipo de salud

***entorno:** lo define como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.²

1.5 ENFERMERÍA Y SALUD

La buena salud es el fundamento sobre el cual se constituye el adelanto social. Una nación de personas sanas puede llevar a cabo aquellas que hacen la vida valiosa y a medida que aumenta el nivel de la salud, lo hace también la posibilidad de felicidad.

Se dice que la salud es un derecho humano, es decir, un estado que todo mundo puede con justicia exigir. Al aceptar el concepto de derecho humano se sobre entiende que la sociedad asume una responsabilidad y que concederá alta prioridad a su realización.³

El primer objetivo de una enfermera que atiende a un paciente es ayudar a satisfacer sus necesidades de agua, alimento, reposo y sueño, ayudándole a mantener el funcionamiento normal del organismo. Al proporcionar comodidad y ayuda, la enfermera se interesa no sólo por su bienestar físico, sino que también le ayuda a enfrentarse a la enfermedad, la tensión y la ansiedad que acompañan a la pérdida de la salud y el estrés y la ansiedad a todo malestar por pequeño que este sea.

La enfermera al ayudar al paciente también ayuda a la familia porque colabora a la planificación de cuidados en casa o a estudiar los problemas en relación a la salud y crear un plan para solucionarlos.

El ejercicio de enfermería es un valioso recurso para la salud. Aunque complejo, también es dinámico y responde a las necesidades cambiantes de la salud y a las demandas de los sistemas de atención sanitaria en evolución.

1.6 ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

La apreciación del paciente, que proporciona la base para la preparación de la atención de enfermería, implica mucho más que una simple evaluación del estado físico. Son de gran importancia su edad y su etapa de desarrollo, pero es más interesante observar que los factores sociales afectan no sólo la relación del paciente a la enfermedad, sino también su propensión a enfermar.

Cada sujeto es un individuo por lo que cada quien valora su estado de salud y enfermedad según su propio punto de vista específico. Estos puntos de vista se modifican considerablemente según factores sociales y al evaluar la salud de un sujeto es importante comprender el contexto

² kanovac, Suzanne "El pensamiento Enfermero" pp28-29

³ Doronzy Alexander. "Centro Internacional para el desarrollo" 1995 pp.51

social en que vive. Todas las sociedades y los subgrupos en estas sociedades cuentan con ciertas normas o reglas en relación a la salud y a la enfermedad.

De las costumbres, tradiciones y valores morales de una sociedad dependen también las conductas aceptables para promover y proteger la salud.

1.7 LA SALUD INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA Y CAUSAS DE DIFICULTAD

Virginia Henderson desde una filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que según Henderson se debe a tres causas que identifica como falta de fuerza, falta de conocimientos o falta de voluntad.

El concepto de dependencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación. El modo de satisfacer las propias necesidades de manera individual. La dependencia puede ser considerada una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por cada persona con el fin de satisfacer sus catorce necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para corregir la satisfacción de las necesidades.

Las causas de la dificultad son los obstáculos y limitaciones personales o de entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, Henderson las agrupa en tres probabilidades:

Falta de fuerza interpretamos por fuerza, no solota capacidad física o habilidades mecánicas e las personas, sino también la capacidad de individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación. Lo cual vendrá determinado con el resultado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

Falta de conocimiento. Esto es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos y ajenos disponibles.

Falta de voluntad. Entendida como capacidad o limitación de la persona para comprometerse en la decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

La presencia de estas tres causas o alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, estos aspectos deberán ser valorados para planificar las intervenciones correspondientes.

1.8 ROL PROFESIONAL/CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD

Los cuidados básicos son conceptualizados, como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado de análisis de las necesidades humanas son universalmente las mismas; sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades⁴.

Así como en su entorno, estas condiciones e influencias exteriores que afectan la vida y el desarrollo de un organismo; factores fisiológicos, culturales, ambientales⁵.

1.9 LAS 14 NECESIDADES FUNDAMENTALES SEGÚN EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON

1 OXIGENACIÓN

Las células necesitan aporte continuo de O₂ para que lleven a cabo las diversas reacciones metabólicas que liberan energía a partir de las moléculas nutritivas como resultado las células también liberan Co₂, este proceso fisiológico que puede ser tan extenso y que mantiene, la vida en el individuo y ayuda a la homeostasis, por ello su gran importancia entre las 14 necesidades⁶.

Otros factores que influyen en esta es la postura, la buena alineación corporal y una posición adecuada favorece la expansión torácica, la posición ya sea de pie o sentada facilita la contracción del diafragma permitiendo la expansión pulmonar durante la expiración.

Los factores psicológicos: las emociones aportan una modificación en la respiración en efecto, la ansiedad, el temor y la cólera aumenta la frecuencia y la amplitud respiratoria debido al aumento de la actividad del simpático, por ejemplo: el ritmo respiratorio es más rápido y superficial cuando se llora o solloza.

Los factores sociológicos: el aire en la ciudad de México tiene un tanto por ciento de plomo estos elementos hacen que el individuo requiera oxígeno entre los factores más importantes está el clima caluroso o frío, las altitudes provocan un aumento de la frecuencia y amplitud respiratoria⁷.

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Todos los seres humanos necesitamos de requerimientos diarios de energía, pocos regulan la ingestión de alimentos, esta necesidad es tan

⁴ Fernandez, Ferrin Carmen "El modelo de Henderson" pp. 85

⁵ Tomey y Marrier et al "Modelos y Teorías de Enfermería" pp. 102-105

⁶ Tortora, Gerald "Anatomía y Fisiología" pp 852

⁷ Riopelle, Lise al "Cuidados de Enfermería" pp 11

importante para mantener la célula y la alteración de esta puede provocar desnutrición⁸.

La cantidad de nutrientes será relacionado con el sexo, edad, talla la alimentación debe tener glucósidos, lípidos, vitaminas, minerales, entre el grupo de alimentos debe tener una guía de alimentación como productos lácteos, pan, cereales, carne, frutas y legumbres, la enfermera debe tener los conocimientos de una dieta balanceada.

El agua desempeña parte de un equilibrio electrolítico donde se conserva la piel y mucosas. Los factores que pueden influir en el proceso biológico es la edad, crecimiento, ya que se necesitara un aporte calórico mayor en un adolescente como en un adulto, así la actividad física aumentará el aporte de calorías, en personas como los deportistas. Las emociones y la ansiedad pueden influir en el consumo de comida, algunas personas ante algunos problemas disminuye su apetito y otras lo contrario lo aumentan; así la comida aumenta la relación familiar las ideas y comentarios se pueden dar a la hora de comer⁹. Factores sociológicos: el estatus económico juega un papel importante, ya que aquellas personas que tengan un nivel social acomodado tendrá mayor facilidad para adquirir alimentos sanos no importando el costo y las personas que no tienen los recursos económicos tendrá un déficit nutricional mayor, las costumbres religiosas también y culturales son parte importante ya que estas influyen en la alimentación de alguna gente en algunas ocasiones afectando aun más su nutrición.

3. ELIMINACIÓN

El organismo puede deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan dañinas para el organismo. La excreción de desechos se produce por la orina y heces, y por la transpiración y la espiración pulmonar; los pulmones controlan el CO₂ y el O₂, los riñones que mantienen la composición química de los líquidos del organismo a un nivel normal. Así los riñones son los órganos principales en la homeostasis, ese equilibrio hidroeléctrico del medio interno, dejan a la sangre libre de desechos producidos por el metabolismo de cuerpos nitrogenados y de sustancias tóxicas para el organismo, desechos de urea y agua, el organismo también elimina desechos de digestión. En la última fase de digestión se lleva acabo como último paso de su absorción el quimo ha permanecido en el intestino grueso de 3 a 10hrs. Se comienzan a presentar movimientos peristálticos, que empujan la masa y esta tal vez no le tomemos gran importancia pero si la tiene, ya que un trastorno puede ser la diarrea o la constipación¹⁰.

Factores biológicos: son de tipo alimenticios , la edad del individuo ya que aporta datos al control de esfínteres por la destrucción de tono

⁸ Davidof, Linda "psicología" pp 336

⁹ Op. Cit Riopelle, pp15

¹⁰ Bis Tortora pp 854

muscular ya que puede provocar una falta de control en la eliminación, que se puede ver dañado también por traumatismos, etc.

Los factores psicológicos como la ansiedad entre otros pueden modificar las micciones y las evacuaciones¹¹.

4. MOVILIDAD Y MANTENER BUENA POSTURA

El aparato músculo-esquelético tiene importancia de acuerdo a su estructura ya que es nuestro sostén esta unido por ligamentos cartílagos y músculos, el grado de movilidad que una articulación permite depende de la forma de los huesos ya que cualquier daño provoca inmovilidad o algún problema en la marcha, movimiento o postura. Los factores de edad y crecimiento, están acordes de un niño pequeño donde está adquiriendo su desarrollo psicomotriz, la actividad física hace flexible sus articulaciones, en el ámbito psicológico permite expresar al individuo manifestar sus emociones y sentimientos en el factor sociológico la cultura y la sociedad influyen en las actividades que se deben desenvolver, actividades físicas donde se adoptan posturas en su vida cotidiana, los deportes también influyen en la movilidad psicomotora como: fútbol, básquetbol, natación, etc.

5 DORMIR Y DESCANSAR

Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo, tanto físico como mental, las horas que se necesitan de sueño varían con cada individuo. Los requerimientos de sueño están influidos por la edad, cuando existen periodos de aumento o disminución de la excitabilidad nerviosa y todo el organismo se encuentra afectado, la privación del sueño puede provocar fatiga, la salud, irritabilidad, inquietud, etc. Las necesidades de descanso y sueño dependerán de la edad del individuo como en un niño su requerimiento será menor conforme él entre a la edad adulta; así los hábitos de una actitud física adecuada predispone al individuo a un sueño más reparador o al igual el darse un baño caliente, el beber leche caliente podrá influir en nuestro descanso. La ansiedad signo de algún problema familiar podrá producir insomnio. Entre otras cosas los factores sociológicos como el horario de trabajo es variable la persona tiene un ritmo cardiaco que puede modificar el reposo del individuo¹².

6. VESTIDO

Algunos de los factores que influirán serán edad, sexo, religión, economía, talla, estado de ánimo. La perspectiva de una auto imagen ante la sociedad y uno mismo y los parámetros que esta impone. Para el cuidado de la salud el individuo necesita vestir el escoger su ropa adecuada según clima, circunstancias y necesidad; asegura la integridad del individuo preservando su intimidad sexual.

¹¹ Op cit Riopelle, pp 20-23

¹² Normank, et al "Bases científicas de Enfermería" pp 329-330

El ser humano diferencia de los animales, no tienen ni plumas, ni escamas, ni pelaje si desea sobrevivir debe usar ropa para proteger su cuerpo del clima. Las costumbres varían de una cultura a otra y el lenguaje del pudor se manifiesta a través de comportamientos variados. Las actividades de cada individuo influirán en su vestimenta como en los deportistas, sus ropas son más holgadas y de textura de algodón; para algunas personas el factor psicológico según las creencias de su religión estarán llevando ropas adecuadas a su comodidad, así las emociones juegan un papel importante para escoger ropa de acuerdo a la forma de expresarse de cada individuo; no debemos olvidar que importantes el clima y el estatus social.

7. LA TERMORREGULACIÓN

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. El equilibrio está asegurado gracias al funcionamiento de centros termorreguladores situados en el hipotálamo; el calor y el frío captados por receptores cutáneos transmiten los impulsos al hipotálamo que actúan regularizándolos cuando los centros se elevan al hipotálamo inhibe la producción de calor provocando una vaso dilatación de las contracciones musculares (escalofríos) e inhibe las glándulas sudoríparas, los factores que influyen dicha necesidad; vasos cutáneos y una relajación muscular de igual forma cuando hace frío se produce. En las mujeres durante la ovulación aumenta la temperatura de 0.3 a 0.5 °C, la edad es otro factor en los neonatos como su centro de termorregulación no ha madurado la actividad muscular eleva la temperatura.

8. HIGIENE

La piel el mayor órgano del cuerpo. La piel sana e intacta previene la pérdida de agua, desempeña importancia en la regulación de la temperatura, es impermeable contra microorganismos alguna anomalía puede provocar lesiones graves en la tegumentación e incluso la pérdida de alguna parte del cuerpo.

Los factores biológicos a una temperatura agrietan y resecan la piel, el ejercicio favorece la circulación y facilita la secreción de residuos orgánicos.

Los factores sociológicos tendrán gran importancia de acuerdo a la cultura por los hábitos de aseo personal.

9. EVITAR PELIGROS

Los individuos están continuamente amenazados por estímulos que provienen de su entorno físico y social se debe de proteger de todo tipo de agresiones de agentes físicos, químicos y microbianos. la edad y el desarrollo de su ambiente social inconscientemente toma medidas de protección para sí mismo las barreras que puede ponerse el individuo hacia otras personas. Los factores sociales que pueden influir en el

individuo puede ser su rol en el trabajo, roces que pudiera tener con alguien o asaltos donde este en peligro su vida, cuando henderson toma este apartado observa no solo la capacidad psicomotora si no la estabilidad síquica que puede tener cada individuo.

10. COMUNICARSE.

La mayor parte de los animales se comunican entre si de maneras reflejas e intencionales. La comunicación refleja consiste en patrones estereotipados que transmiten información pero que no fueron diseñados para ese propósito. La comunicación está influida por una gran variedad de factores internos y externos, la enfermera debe incrementar sus conocimientos y comprensión sobre el proceso de comunicación, debe dirigir sus observaciones a su ambiente y obtener retroacción de esté.

La capacidad de una persona para intercambiar de manera adecuada con sus semejantes está influida por la integridad de sus sentidos. Es importante la inteligencia para que una comunicación sea sustentada que le permite abrirse a su mundo exterior y comprender su medio y su entorno, mediante estímulos internos y externos transmitidas al corte cerebral por mediación de los receptores sensoriales, el estímulo de nuestra personalidad estará plasmado para expresase y ser capaz de abrirse a los demás con sus emociones reflejadas en su conversación.

11. CREENCIAS Y VALORES

La sociedad en la que el individuo vive, crece y se desarrollo ayuda a determinar la forma en que satisfecerá sus necesidades y la dirección que tomara, cada sociedad o cultura ha establecido reglas de conducta que gobierna la interacción social. La búsqueda del ser humano trata de encontrar un sentido ante la vida y la muerte la cual responde en sus creencias y valores; cada individuo cuenta con su propia esencia la cual fue creada desde pequeño y conforme crece la va alimentando y definiendo.

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

Su labor u ocupación del individuo en su rol profesional cotidiano da una visión de cuanto tiempo dedica en su trabajo, su remuneración económica y las relaciones armoniosas que tenga consigo mismo y si esto pueda estar interfiriendo con su salud como el estrés. Las acciones que el individuo lleva acabo le permite desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo; la gratificación del individuo es el realizar lo deseado de la mejor forma y observar los resultados esperados lo que lo llevara a la satisfacción.

13. RECREACIÓN

Todos necesitan desarrollar sus capacidades motoras y sensopercepción, inteligencia, pensamientos, emociones y motivaciones esto da una auto imagen de acuerdo a su estilo de vida y rol social. Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades, en nuestros días el avance de la ciencia y tecnología han tenido como consecuencia la aparición de multitud de actividades

diversas tanto saludables como lo contrario y son accesibles a todos. Las emociones se verán filtradas en el tipo de recreación que decidan algunas personas se verán favorecidas.

14. APRENDER

El hombre durante la evolución a reforzado su capacidad de comprensión y le da importancia a la capacidad intelectual de concisión social y racial el saber leer o escribir puede llevar a la persona a tener la necesidad de aprender sobre varias cuestiones: arte, historia, naturales, civismo, tecnología, etc, todo lo que realice el hombre da interés para su superación personal el aprender es una necesidad para la modificación de sus conocimientos y la adquisición de nuevos comportamientos. El auto conocimiento es esencial para el individuo con el fin de llegar, a analizar sus hábitos de vida y verificar si toma las medidas adecuadas para mantenerse en salud; la tendencia a todo individuo a llevar a cabo ciertas acciones para conseguir un objetivo y así influir en la satisfacción de aprender de sus emociones y sentimientos todo para aclarar el proceso de aprendizaje¹³.

1.10 APARATO DIGESTIVO

El aparato digestivo es una estructura tubular que inicia en la boca, sigue a través del esófago, estómago e intestinos, hasta llegar al ano, cabe mencionar que hay varios órganos accesorios situados en los digestivos principales o que desembocan en los mismos.

El primero se compone por: Boca

Gran parte de la faringe

Esófago

Estómago

Intestino delgado y grueso

Órganos accesorios son: Dientes

Lengua

Glándulas salivales

Hígado

Vesícula biliar

Páncreas



El aparato digestivo realiza seis funciones básicas:

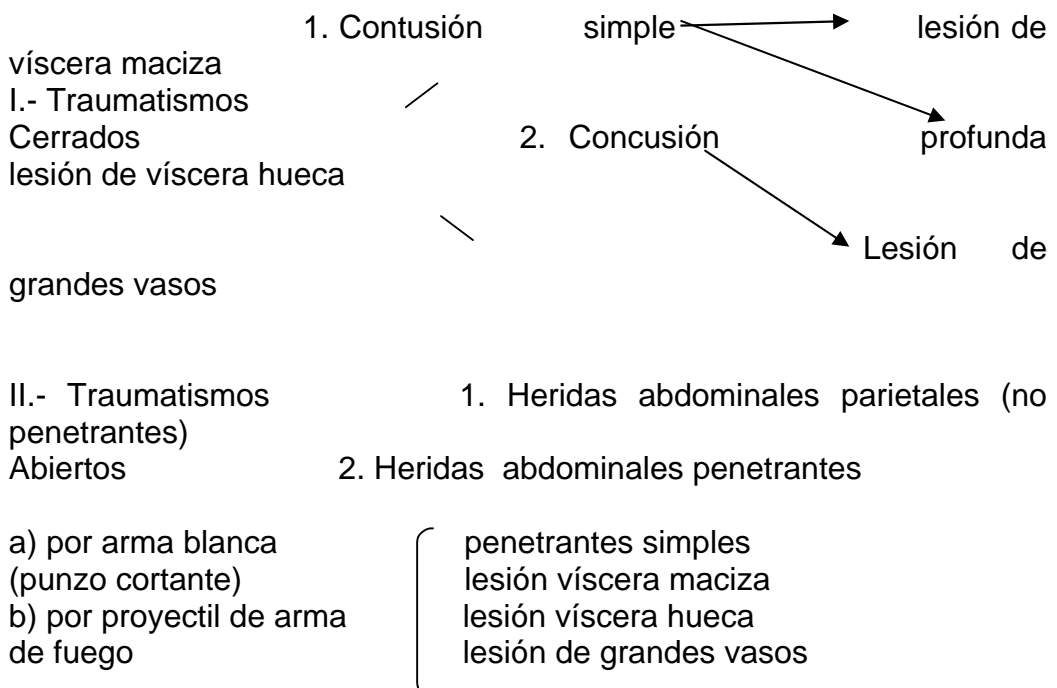
¹³ Op. Cit Riopelle, pp15

- 1) Ingestión: es el proceso que consiste en llevarse los alimentos y líquidos a la boca (comer).
- 2) Secreción: la liberación de agua, ácido, amortiguadores y enzimas en la luz del tubo digestivo.
- 3) Mezclado: mezcla los alimentos y secreciones, además de impulsarlos en dirección al ano. Esta característica del tubo digestivo, de mezclar y mover material en su interior, se denomina motilidad.
- 4) Digestión: desdoblamiento mecánico y químico de los alimentos.
- 5) Absorción: paso de los productos digeridos del tubo a la sangre o linfa y circulan a las células de todo el cuerpo
- 6) Defecación: los desechos, sustancias no digeribles, bacterias, células que se esfacelan del revestimiento del tubo digestivo y materiales digeridos que no fueron absorbidos salen del cuerpo por el ano, en el proceso llamado defecación. El material eliminado en ésta se denomina heces fecales o materia fecal¹⁴.

1.11 TRAUMATISMOS

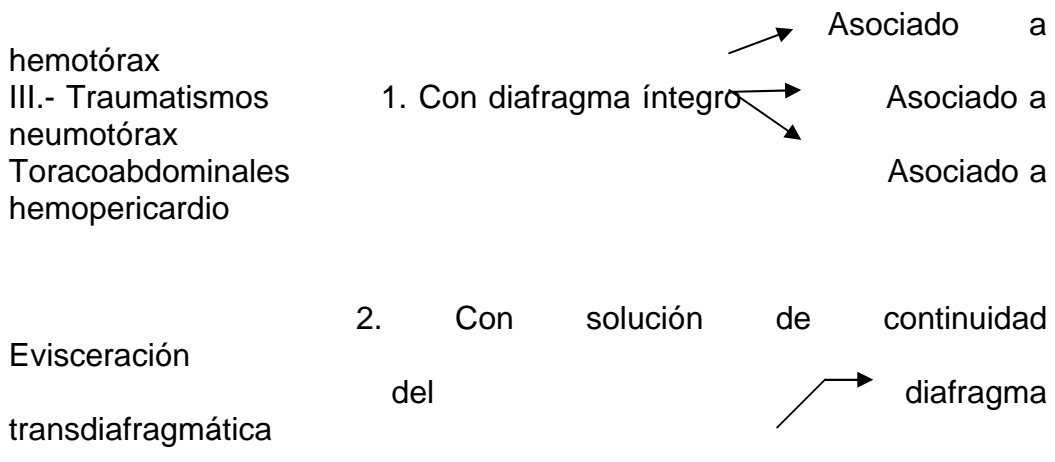
La mecanización de la industria, la utilización de medios de transporte de alta velocidad, así como el incremento del uso de armas destructivas, tanto en la vida civil, como en las guerras han condicionado que los traumatismos abdominales ocupen un sitio preponderante entre las urgencias médico- quirúrgicas, razón de más que con frecuencia se asocian a traumatismos en otras partes del cuerpo, lo que aumenta la morbilidad y pone en peligro la vida, principalmente cuando no se tratan en forma oportuna y adecuada.

Clasificación



¹⁴ Tortora, Gerald "Principios de Anatomía y Fisiología" pp

c) por otros agentes



Traumatismos Abdominales

Las heridas penetrantes pueden pasar desapercibidas si no se efectúa la exploración física completa y se recuerda que la vía de entrada puede ser: frontal, lumbar, transdiafragmática, glútea, PERIANAL o crural.

Fisiopatología.

Los problemas que surgen en los pacientes con traumatismos abdominales son múltiples, razón de más si tomamos en cuenta que con frecuencia se trata de politraumatizados, el diagnóstico, valoración y tratamiento no siempre es fácil, por lo que es necesario conocer las alteraciones fisiopatológicas que siguen a estos traumatismos. Los principales cambios operan en el sistema endocrino y en el sistema nervioso autónomo, el estímulo del eje hipotálamo hipofisario a través de las glándulas suprarrenales libera catecolaminas y corticoides, las primeras producen vasoconstricción, taquicardia, contracción de la cápsula esplénica y relajación bronquial, los corticoides actúan favoreciendo la integridad de la membrana celular y de los endotelios, producen vaso-dilatación a nivel de la micro-circulación con lo que mejora la perfusión tisular, además, tiene una acción farmacológica inespecífica favoreciendo y neoglucogenesis, proporcionando mayor substrato energético para la defensa.

Para explicar las irradiaciones del dolor (dermatomas de Head). Reflejos víscero visceral (íleo paralítico), víscero cutáneo (hiperestesia) y víscera muscular (resistencia muscular). La que persiste cuando hay lesión medular por ser reflejo con integración medular, sin que existía dolor por interrupción de la vía aferente. En la exploración del abdomen se encuentra hiperestesia e hiperbaralgesia por reflejo víscero cutáneo,

cuyo punto de partida es el peritoneo parietal y visceral, la contractura muscular se debe a un reflejo víscero motor.

En traumatismos abdominales con participación peritoneal y lesión medular, no hay dolor, por interrumpirse la vía aferente (haz espino talámico), pero persiste la contractura de los músculos de la pared abdominal, por ser un reflejo medular.

El dolor a la palpación profunda se produce al estimular las terminaciones nerviosas de las vísceras y peritoneo, aumenta por la descompresión brusca por estímulo súbito de las terminaciones nerviosas de la serosa peritoneal inflamada.

De acuerdo con la Ley Starling la inflamación de una serosa da lugar a contractura de la musculatura suprayacente (resistencia muscular) y a parálisis de la subyacente (íleo paralítico) lo que explica la falta de peristaltismo y silencio abdominal.

Cuadro clínico

Los traumatismos cerrados simples en los que solamente se afectan las estructuras parietales se manifiestan por:

- *dolor en el sitio del trauma
- *vómito (por reflejo vagal)
- *hipotensión
- *taquicardia
- *estado de choque (por formación de hematomas en relación a fracturas de pelvis).
- *equimosis
- *escoriaciones dermoepidérmicas
- *hiperestesia
- *resistencia muscular involuntaria

Pacientes con contusión profunda presentan de abdomen y lesión intra-abdominal:

- *dolor más intenso
- *vómito frecuente (contenido alimenticio, biliar y sanguinolento)
- *rectorragia (habla de de lesión de vía digestiva)
- *hematuria (lesión en el aparato urinario)
- *fractura de las últimas costillas o de la pelvis
- *a la palpación superficial hiperestesia
- *hiperbaralgesia
- *disminución o abolición de los reflejos cutáneos
- *resistencia muscular
- *área hepática conservada
- *no se ausculta peristaltismo por haber íleo paralítico
- *en el tacto rectal y vaginal puede haber abombamiento y dolor por irritación del peritoneo pélvico.

La matidez en sitios declives es menor aparente, el tacto rectal provoca dolor intenso por irritación del peritoneo pélvico. Inicialmente puede

haber solo contusión visceral, con formación de hematomas en la pared intestinal o mesenterio, y en forma tardía presentarse la perforación en cuyo caso después de algunos días en los que el cuadro clínico se había establecido, bruscamente se presenta el síndrome peritoneal, generalmente asociado a toxi-infección y todas la alteraciones inherentes a ésta.

Diagnóstico

Para el diagnostico de los traumatismos abdominales se deben utilizar los siguientes procedimientos:

Estudio clínico { Interrogatorio
Exploración física
Exploración armada

Estudios de laboratorio: Bh, tipo de sangre, EGO, pruebas de electrolitos séricos (sodio. Potasio), pruebas de funcionamiento hepático, tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastina (como información de cuando llega a formarse una coagulopatía).

Estudios radiológicos: simples o con medio de contraste

La base para un diagnostico se formula por varios pasos seguidos: después de una valoración y una exploración se llevara acabo el procedimiento adecuado en el caso de una lesión abdominal será sometido a un quirófano donde se le realizara una laparotomía exploradora la indicación de esta será mediante los siguientes puntos a considerar:

*Signo de hemorragia oculta en particular cuando es grave y hay leve mejoría con la transfusión de sangre lo cual indica lesión de bazo, hígado u otros vasos.

*Gas libre en la cavidad abdominal que se muestra en la radiografía simple de abdomen, que indica ruptura de la víscera

*Rigidez abdominal generalizada en especial cuando se acompaña de silencio abdominal, esto es falta de ruidos peristálticos o signos de choque.

*Distensión abdominal cada vez mayor, acompañada de choque y silencio abdominal, la trayectoria determinada por los orificios de entrada y salida (si lo hubiera), peritonitis, shock, neumoperitoneo y hematuria¹⁵.

10.12 COLOSTOMÍA

Si ya se ha establecido que hay una ruptura de la víscera se procede a una reconstrucción del intestino.

¹⁵ Molina, Osario Carlos "Traumatología" pp 669

Se realizara la valoración analizando los datos objetivos como pueden ser:

- *tipo de ostomía que se realizara
- *colostomía: temporal o permanente
- *exéresis y cierre del recto
- *nivel de conocimientos del paciente acerca del método quirúrgico
- *estado emocional
- *aceptación de la ostomía
- *comprensión de la función de la ostomía
- *capacidad para exteriorizar los sentimientos
- *aceptación de la alteración de la imagen corporal

En el periodo post-operatorio

- *fuga del aparato ortopédico (bolsa recolectora)
- *signos de infección de la herida
- *desequilibrio electrolítico
- *deshidratación
- *obstrucción intestinal
- *hemorragia
- *estoma¹⁶

COMPLICACIONES INMEDIATAS A LA CIRUGÍA:

no las veremos en atención primaria, ya que ocurren en el postoperatorio inmediato.

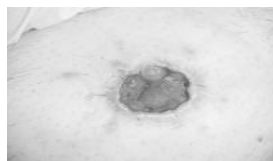
***Isquemia o necrosis:** hasta 34 horas después de la cirugía.

- Clínica: cambio de coloración. Los bordes no sangran.
- Manejo: Valoración por cirugía, por riesgo de perforación intra-abdominal y peritonitis

***Hemorragia:** primeras horas del postoperatorio o tardías, por heridas al limpiar el estoma.
- Manejo: hemostasia local con nitrato de plata o compresión manual.

***Dehiscencia:**

- Clínica: separación muco cutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel.
- Manejo: curas locales como cualquier herida quirúrgica, aplicando crema barrera para evitar la irritación por el efluente. Si mala evolución derivar a Cirugía.



¹⁶Días González "Urgencias Quirúrgicas" pp189

***Edema:**

- Clínica: aumento del componente hídrico en la mucosa del estoma.
- Manejo: aplicación de compresas de suero hipertónico frío sobre el estoma. Si se cronifica puede llegar a causar obstrucción intestinal, por lo que debe ser valorado por cirugía.

***Infecciones periestomales:**

- Clínica: cuadro inflamatorio, con fiebre, dolor, calor y rubor en la piel circundante.
- Manejo: antibioterapia oral y curas locales. Si afectación de planos profundos derivar al hospital.

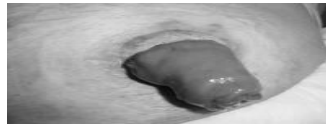
- *Perforación y/o fistulación:** debida a problemas con la técnica quirúrgica, yatrogenia en la manipulación del estoma durante sondajes o por recidiva de la enfermedad inflamatoria.
- Manejo: evitar el contacto con los bordes de los dispositivos, con crema barrera o apósitos de hidrocoloides. Detección precoz de los signos de infección locales.

COMPLICACIONES TARDÍAS:

suelen aparecer una vez que el paciente es dado de alta en el hospital.

***Prolapso/evisceración:**

- Clínica: protrusión de la mucosa intestinal o de asas sobre el plano cutáneo, respectivamente.
- Manejo: proteger con campo estéril, humedecido con gasas y suero fisiológico tibio, y derivación al hospital para reparación quirúrgica.



***Estenosis:**

- Clínica: estrechamiento del orificio del estoma.
- Manejo: dilataciones digitales periódicas y valoración por cirugía para corrección quirúrgica. Se puede irrigar suero fisiológico para evitar fecalomas.



***Granuloma:**

- Clínica: protuberancias epidérmicas periestomales, por irritación cutánea persistente.
- Manejo: control de la retirada de puntos de sutura, evitar fugas del

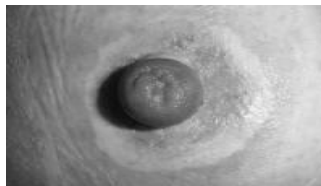
efluente usando el dispositivo adecuado, con cremas barrera o niveladoras. Se puede usar nitrato de plata para evitar su crecimiento.

***Retracción:**

-Clínica: estoma hundido o plano.
Manejo: cuidado de la piel más exhaustivo, aplicando dispositivos de dos piezas convexos, con pasta niveladora.

***Dermatitis:**

- Clínica: irritación de la piel alrededor del estoma.
- Manejo: Identificar la causa y tomar las medidas adecuadas para tratarla y prevenirla. La mayoría de los casos se deben a ostomías mal confeccionadas, contaminación del efluente (más frecuente en ileostomías y urostomías), o por uso de materiales inadecuados.



El tratamiento adecuado de las lesiones dependen del sitio de la lesión y el tiempo que ha transcurrido las lesiones de la mitad derecha del colon se trata de forma diferente de la que se hace con la zona distal del colon y el recto. Si hay lesión manifiesta del ciego o el colon ascendente. En lesiones de menor magnitud, hay que evitar, en la medida de lo posible, la extirpación de la válvula ileocecal; en heridas sin lesión grave de la pared del intestino, suele bastar la sutura sencilla en la mitad derecha del colon, a condición de que se haga drenaje adecuado hasta la línea de sutura. Las lesiones en el colon transversal y el sigmoidees en que es posible exteriorizar la porción dañada a la superficie, la herida puede suturarse en dos planos o capas, después puede suturarse una zona por más de 1 cm, alrededor de la herida, al peritoneo parietal, y dejar parcialmente la incisión del abdomen. Las heridas en ángulo esplénico o en porción descendente pueden ser tratadas por sutura, drenaje local o colostomía proximal¹⁷.

Después de realizado el procedimiento se deberá llevar a cabo una valoración para observar su mejoría o evitar alguna complicación.

Se deberá observar el color del estoma cada 8hrs recordando hacer anotaciones durante los primeros cuatro días pos-operatorios (o hasta que se considere necesario). El color normal del intestino es rosado; un color grisáceo indicaría isquemia y un color marrón a negro nos indicaría una necrosis¹⁸

Se deberá valorar si la necrosis se extiende hasta el final ya que esto representa una emergencia quirúrgica, ya que existe peligro de perforación y peritonitis.

¹⁷ Ragué J., Tegido Marti Valentí M. "Estomas" pp125

¹⁸ Bonnie, Wesorick "Estándares de Calidad para Cuidados de Enfermería" PP 240

Se implementaran medidas para prevenir o disminuir la distensión abdominal:

- *irrigar con una sonda para mantener la permeabilidad
- *midiendo el perímetro abdominal (para detectar distensión mínimo c/8hrs).
- *si existe edema aplicar compresas de agua fría
- *la dieta debe ser estrictamente baja en grasas y carbohidratos
- *nada de cítricos
- *alentarla a caminar para ayudar a aumentar el peristaltismo

La razón más importante por lo que se debe evitar la distensión abdominal es que puede causar el estreñimiento mesentérico; que somete a tensión a los vasos sanguíneos, esta tensión puede dar como resultado una reducción del flujo sanguíneo al intestino distal y al estoma.

Cuidados del estoma

- *tener conocimiento de la localización, tamaño y color del estoma
- *mantener limpio el estoma
- *lavar con agua hervida o desinfectada y jabón de preferencia neutro o hipoalergénico
- *se puede utilizar alguna barrera cutánea (según la delicadeza de la piel)
- *observar en cada cambio el color que presenta el estoma y la piel que lo rodea

Cuidados para la bolsa de colostomía

Existen variedad de marcas de bolsas, la recomendable es la que se adecue a las necesidades del paciente tanto físicas como económicas, todas será útiles con un adecuado uso.

- *comprender el funcionamiento adecuado de la bolsa
- *mantener el orificio de la bolsa siempre limpio y fura de cualquier agente infeccioso.
- *adecuar la bolsa al tamaño del estoma para evitar rozaduras o derrames
- *reconocer tipo, frecuencia y cantidad de heces (para mantenerla limpia)
- *en cuanto al olor
 - antes de colocar la bolsa colocar 10 gotas de enjuague bucal dentro (cuidando el contacto con el estoma)
 - se puede colocar polvo o esencia de calvos o canela
 - si se tiene mayor posibilidad económica algún desodorante especial para estos casos

Apoyo psicológico:

*Los cambios que ha sufrido su cuerpo no deben de constituir una inseguridad ni preocupación, ya que el problema que tenía ha sido resuelto.¹⁹

*Animarlo a que haga vida normal lo antes posible, que hable de su problema.

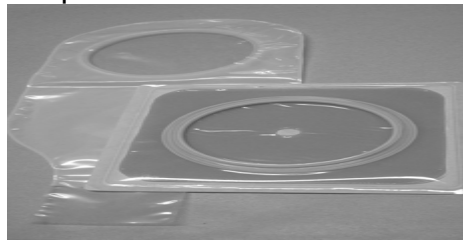
*Ofrecerle el apoyo del personal sanitario y de las asociaciones de ostomizados.

El **ejercicio físico** no está contraindicado. Evitar los deportes de contacto

*Si se baña en la playa o en la piscina debe tapar el filtro de la bolsa para evitar fugas.

*Existen dispositivos especiales para **viajes** o actividades físicas determinadas. Debe llevar en su equipaje de mano dispositivos suficientes para cambiarse. No facturarlos en viajes en avión.

*No limitar su **vestuario** por el estoma. Elegir las bolsas que se adapten mejor y que pasen desapercibidas.



*Guardar **las bolsas** en un lugar alejado del calor y de la humedad.

*Darle a conocer al paciente que su **actividad sexual** no se debe alterar por el estoma.

*No existen problemas para tener hijos. El embarazo no tiene por qué verse complicado

Recomendaciones

*Para las bolsas reusables se puede realizar con wisk y agua; con bicarbonato de sodio o existen algunos productos de Uri-Kleen, Uni Wash; Periwash son limpiadores adecuados.

*En cuanto a la piel los problemas más frecuentes es el eritema, erosión, edema, prurito, hemorragia, ardor; para esto existen cremas como unicare que dará frescura y alivio a la piel, también es recomendable la maicena combinada con algún gel cutáneo.

*Igualmente es muy importante la alimentación que lleva el paciente tanto evitar la distensión abdominal como el mal olor; deberá evitar o disminuir lo mayor posible la ingesta de cebolla, pescado, huevo, espárragos, leche hervida, ajo, café, alcohol, nueces, ciruelas, frijoles, rábanos, chicharos y alimentos muy condimentados.

*Se pueden administrar medicamentos y algunos remedios caseros para disminuir los malos como son tabletas de clorofila (Derifil) para olores fecales (absorben el gas), tabletas de carbón, bicarbonato de bismuto,

también desodorantes naturales para el intestino como espinacas, jugo de arándalo, vegetales de color oscuro (el perejil súper útil, uvas sin semillas, lechuga fresca, zanahorias.

Recordar que todo esto se llevara acabo y tendrá buen resultado si el paciente lo desea no sin mencionar la importancia que tiene la familia en este caso ya que el paciente necesitara de todo el apoyo posible ya que este gran cambio le puede provocar una depresión y baja de autoestima; por lo que se recomienda llevar una terapia psicológica individual y/o familiar²⁰.

²⁰ Donna, D. Ignatavicius et. al "Enfermería Médico Quirúrgica" Vol 2 pp1498

CAPÍTULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

SUJETO DE ESTUDIO

NOMBRE: ADRG

EDAD: 30 años

DX. PERFORACIÓN RECTAL

Se trata de paciente femenina casada hace 6 años, dedicada al hogar, católica, originaria y residente del D.F, estudios realizados a nivel licenciatura titulada en derecho penal, vive con su hijo de 5 años y su esposo.

AHF: Madre viva con Diagnostico de Diabetes Mellitus II, de hace más de 5 años de evolución; padre Finado por un Paro Respiratorio, hermanos aparentemente sanos.

APNP: Habita en casa propia, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, hábitos higiénicos adecuados, con baño diario y cambio de ropa interior y exterior, hábitos alimenticios adecuados carne 2/7, verduras 5/7, frutas 7/7, leguminosas 4/7, cereales 7/7, agua 11/2; referente a inmunizaciones falta la de toxoide tetánico y rubéola.

APP: Niega traumáticos (anteriores), alergias, infecciosos, transfusiones, metabólico.

AGO: menarca 14 años, ciclos menstruales regulares de 26/3, IVSA 19 años, 3 parejas sexuales, G1 P1 A0 C0, DOC cada 6 meses la ultima hace 1 mes resultados normales.

PA: La paciente ingresa al Hospital General de Zona # 32 al servicio de urgencias trauma por presentar dolor intenso en abdomen y rectal menciona haber sufrido un traumatismo al ser golpeada en el abdomen lo que le provoco una caída de sentón.

Es valorada por el médico el cual realiza palpación de abdomen refiriendo de la paciente un dolor agudo el cual se distiende hasta el ano, se observa sangrado rectal por lo que se le realizaron placas y ultrasonido, se mantiene en observación y bajo efecto de medicamento (nubain), para disminuir el dolor. Fue trasladada al servicio de urgencias generales para que fuera valorada por un medico internista. Al valorar sus estudios y por clínica se observa que hubo perforación rectal y daño de parte del intestino.

Se le informa a la paciente las complicaciones que puede tener si no se le realiza la cirugía y se le da una breve explicación de lo que le realizaran y como va funcionar.

Al acceder y firmar la responsiva se realizan todos los tramites y estudios necesarios para llevar acabo la cirugía.

Signos vitales

T/A 130/70 FC 66x' FR 22x' Tem 36.8°C

Biometría hemática

Eritrocitos x10 4.68

Hemoglobina 14.40

Plaquetas 215.00

Química sanguínea

Glucosa 88

BUN 14.0

Creatinina 0.70

Colesterol 146

Ácido úrico 4.9

Examen General de Orina

Leucocitos

Bacterias (-)

Proteínas (-)

Estado de conciencia

Alerta, responde a los cuestionamientos coherentemente, ubicada en tiempo y espacio.

Encontrándose los parámetro dentro de los valores normales se procede a realizarse una resección de 7cm de intestino y posteriormente la colostomía.

Después de la cirugía es trasladada al servicio de medicina interna donde permaneció por 1 semana, en su estancia presentó dolor, inflamación, prurito, fue referida al servicio de psicología ya que presentó depresión, secundaria a su cirugía.

2.2 VALORACIÓN DE NECESIDADES

***OXIGENACIÓN**

Refiere no presentar agitación al realizar actividades; no fuma ya que esta conciente del daño que causa no le molesta que fumen mientras no lo hagan cerca de ella. Al realizar la percusión los ruidos son rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares sin compromiso.

***NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

Realizaba 3 comidas al día, aunque no le desagradaba ningún alimento, no tiene problemas al masticar, ni al deglutir, después de la intervención quirúrgica realiza entre 1-2 comidas al día al terminar de comer ocasionalmente presenta pirosis, y manifiesta flatulencia, dolor tipo cólico y distensión abdominal lo que le incomoda; los líquidos que ingería al día eran alrededor de 1 1/2 litros, actualmente siente que ya con un litro está satisfecha y en ocasiones llega a sentirse como sofocada, no acostumbra las sodas, su alimentación cubría básicamente el 95% de lo recomendado; menciona que actualmente sufre de estados de depresión que influyen en su ingesta, debido a la colostomía su alimentación se ve alterada ya que tuvo que dejar de consumir muchos alimentos y aún no logra llevar la dieta adecuada lo cual bajo su porcentaje a un 75% ya que prefiere quedarse con apetito a sentirse mal o tener que cambiar o limpiar constantemente la bolsa, por lo que su nutrición se está afectando.

***ELIMINACIÓN**

No lleva control exacto de sus evacuaciones, manifiesta que ocasiones como tarda en cambiarla pierde la noción de las evacuaciones, las características menciona son que al inicio eran muy líquidas actualmente son secas, color oscuro no pone mayor énfasis.

Menciona miccionar 3-4 veces al día cantidad proporcional a la que ingiere, de color claro pero olor fuerte, con relación a su menstruación no menciona más que es normal como lo ha sido toda su vida, (se observa un poco apenada); en cuestiones de satisfacción a la eliminación y micción menciona sentirse limitada por la cuestión de la colostomía lo que le llega a causar enfado, fastidio y en ocasiones se siente avergonzada por no poder controlar los olores que esta produce aunado a las flatulencias.

***MOVILIDAD Y POSTURA**

Sus actividades físicas dentro del hospital no fueron productivas ya que manifiesta dolor en la herida quirúrgica, causándole dolor al movimiento pero al transcurrir los días observo que tendría que cambiar la forma de

realizar sus actividades mientras cicatrizaba y lograba adaptarse para lograr comodidad y evitar lastimarse, se siente poco útil por el momento.

*DESCANSO Y SUEÑO

Menciona que horas aproximadas de descanso son 3hrs, ya que ocasiones por la tensión o el estar pensando en como se ve o que pasara no lo logra causándole insomnio, y la incomodidad de la bolsa es otro factor aunado a su falta de descanso por la molestia que esta le causa y prefiere realizar actividades como (leer, rezar, etc), para evadir esos pensamientos, duerme alrededor de 6 a 8hrs las cuales considera no son suficientes por que se siente agotada y con sueño todo el día.

*VESTIDO

No necesita ayuda para vestirse, ella elige su propio vestuario, no considera tan importante la moda aunque ocasionalmente toma ideas para intentar verse bien, su estado de animo interviene demasiado en la elección de su ropa al igual que el tratar de ocultar o que no sea tan notoria la bolsa; considera que esto si fue algo que trajo grandes cambios a su vida y a su forma de vestir.

*TERMORREGULACIÓN

No le gusta el frío, por lo que regularmente anda muy tapada, pero menciona que esto no interviene en mal a su termorregulación, trata de utilizar ropa que pueda satisfacer esta necesidad por lo que no refiere ningún problema.

*HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Se baña diario, prefiere hacerlo en la mañana, su aseo bucal lo realiza 3 veces al día, y el de manos cada que es necesario (antes de cada actividad que lo requiera), el aseo de su bolsa los primeros días lo realizaba consecutivamente pero actualmente deja que se ensucie más ya que estaba irritando demasiado la piel y le causaba dolor, eritema y en ocasiones sangrado, pero la falta de limpieza ha ocasionado un poco de mal olor, enrojecimiento del estoma y piel. Trata de realizarlo con la mayor higiene posible.

*EVITAR PELIGROS.

Cuenta con su esquema completo de vacunación, realiza su auto exploración mamaria cada mes y visita al ginecólogo cada año, no utiliza ningún método de planificación familiar ya que tanto su esposo como ella están operados, solo para prevenir una ETS utilizan el preservativo de común acuerdo con su pareja, no consume bebidas alcohólicas y no le molesta que lo hagan mientras no se pongan impertinentes. Ocasionalmente ingiere algún medicamento por auto-mediación para evitar la pirosis y regurgitaciones. Actualmente tiene conciencia de lo que le puede dañar aunque ocasionalmente lo olvida (empíricamente), por desesperación; pero trata de no hacerlo.

*COMUNICACIÓN

Recién a la cirugía se mantenía un poco aislada de su esposo ya que consideraba que este cambio en ella no iba ser fácil de sobrellevar como

pareja por lo que prefería mantenerse callada ante su presencia hasta encontrar las palabras correctas. Cuenta con el apoyo de su esposo pero es algo que ella no quiere enfrentar por el temor que tiene al no aceptar lo que paso, no tanto por el rechazo. Recibía llamadas de sus familiares. Al realizar contacto con la psicóloga la canalizo con el psiquiatra por que estaba cursando un periodo de depresión. Con platicas y terapias comenzó la comunicación y pudo hablar con su esposo y alegrarse por las llamadas telefónicas.

*CREENCIAS Y VALORES

La religión que practica es la católica, asiste a misa todos los domingos ; su religión nunca ha intervenido en alguna decisión que halla tomado, ya que estas las enfoca en sus principios y valores y siente que le ha funcionado esta técnica para salir adelante por lo que no se arrepiente de nada, considera que la muerte es una etapa más de la vida por la que todos pasaremos algún día, menciona en haber pensado en ella después de la cirugía pero es mayor el amor que le tiene a su familia por lo que desea salir adelante.

*TRABAJAR Y REALIZARSE

Se siente satisfecha con lo que ha hecho aunque pensaba integrarse de nuevo a su trabajo ya que se encontraba en unas vacaciones que decidió darse para convivir con su familia, piensa que talvez ahora debe darse tiempo para adaptarse a todos estos cambios , lo que ve como un retroceso en su vida pero no pierde la esperanza de poder regresar pronto y realizar una vida normal.

*RECREACIÓN

Anteriormente realizaba más actividades con su familia las que por el momento no puede pero esta presente y es algo que por el momento la llena aunque que no pierde la esperanza de volverlo a realizar pronto, por lo que han implementado nuevas formas de divertirse.

APRENDIZAJE

No tiene ningún problema con querer aprender aunque al principio se rehusaba a saber por lo que estaba pasando por temor, aunque fue accediendo y mostrando mayor interés ya que considera el conocimiento como el mayor regalo asía la superación.

2.3 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES	DE	NECESIDADES AFECTADAS
OXIGENACIÓN		
ELIMINACIÓN		*
NUTRICIÓN		*
MOVILIDAD Y POSTURA		*
DESCANSO		*
VESTIDO		
TERMORREGULACIÓN		
HIGIENE		*
EVITAR PELIGROS		
COMUNICACIÓN		*
CREENCIAS Y VALORES		

TRABAJAR Y REALIZARSE	
RECREACIÓN	
APRENDIZAJE	

2.4 PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA NECESIDAD NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DIAGNOSTICO

Alteración en el patrón de la alimentación **r/c** Consumo de alimentos flatulentos, irritantes, etc. (col, garbanzas, grasas, etc) **m/p** distensión abdominal, dolor tipo colico y flatulencias.

Objetivo

Favorecer el patrón y la satisfacción en la alimentación

Cuidado

Brindar la información correcta acerca de los alimentos y sus efectos en su caso

Fomentar la educación nutricional y la importancia de la dieta indicada

Fundamentación

La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos, su utilización y de las técnicas culinarias.

Cuidado

Vigilar la ingesta de los requerimientos necesarios

Fundamentación

Una dieta rica en vegetales, carne blanca y abundantes líquidos favorece la eliminación

Cuidado

Resaltar el funcionamiento del aparato digestivo

Fundamentación

La nutrición está determinada por la edad, actividad y estado fisiológico.

Cuidado

Realizar el ejercicio adecuado al igual que la alimentación favorecerá el estado de salud

Fundamentación científica

En el aparato digestivo se realizan procesos mecánicos y químicos a través de la ingesta de los nutrientes o principales energéticos ya que poseen funciones energéticas, reguladora según su naturaleza química, por lo que el conocimiento de adecuado de estos favorecerá el auto cuidado para evitar trastornos digestivos.

Evaluación

El interés por mejorar su condición fue en aumento

Comenzó a ingerir alimentos que favorecerán su salud y evitaban trastornos digestivos

Mejoría en presencia de flatulencias y distensión abdominal

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD MOVILIDAD Y POSTURA

DIAGNOSTICO

Déficit de la movilidad física **r/c** Herida quirúrgica, afectación músculo esquelético **m/p** Dolor al movimiento

Objetivo

Mejorar la movilidad física, para aliviar el dolor y favorecer el aparato músculo esquelético.

Cuidados

Lograr que disminuya el dolor realizando ejercicio de relajación y debajo impacto

Integrarla a sus actividades diarias sin manifestación de dolor

Fundamentación

La movilización periódica influye en la circulación, respiración, eliminación, apetito y estado anímico

Cuidado

Ayudar a la de-ambulacion al paciente

Fundamentación

La ambulacion temprana acorta la convalecencia y previene complicaciones

Cuidado

Brindar papelería y explicación de ejercicios indicados para su mejoría

Fundamentación

La recuperación del paciente y su integración dependerá del tipo de cirugía y estado emocional

Cuidado

Orientar al paciente y familiares sobre el procedimiento realizado y tiempo de cicatrización de la herida para integrarse nuevamente a su vida diaria

Fundamentación

La información y el entablar una conversación con el paciente le brindara seguridad y estímulo.

Todos los movimientos del cuerpo se realizan por la acción del aparato músculo esquelético para favorecer su estabilidad.

Evaluación

El paciente presentó interés y con apoyo de la familia y terapeutas disminuyo el dolor y logro una mejoría en la movilidad física.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DIAGNOSTICO

Alteración de la defecación r/c colostomía m/p falta de aceptación, incomodidad.

Objetivo

Lograr la satisfacción de la defecación mediante la aceptación por el bienestar del pacientes a través de intercambio de opiniones, conocimientos y tratar de llevarlos a la practica

Fundamentación

La aceptación es un nivel de seguridad y bienestar

Cuidados

Revisar que la bolsa de la colostomía de encuentre limpia y en buen estado

Fundamentación

La limpieza favorece el descanso y previene infecciones

Cuidado

Revisar el estoma para evitar infecciones e incomodidades

Fundamentación

La autoexploración ayuda a mantener un conocimiento de si mismo para prever daños.

Cuidado

Reafirmar el cuidado y la técnica de la colocación de la bolsa, el aseo y cuidados del estoma para evitar complicaciones

Fundamentación

La información adecuada y la educación engrandecen a las personas

Evaluación

Demuestra interés en querer saber más acerca de su estado de su salud y las técnicas que favorecerán a su mejoría y prevenir infecciones y malestares.

**DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA
NECESIDAD DE HIGIENE****DIAGNOSTICO**

Alteración de la integridad cutánea r/c manejo colostomía m/p eritema y sangrado en el estoma.

Objetivo

Recuperar la estabilidad de la piel, evitar que se contamine la herida y que el paciente aprenda los cuidados necesarios de la piel, para su restitución.

Fundamentación

El aseo de las heridas evita la propagación de infecciones al cuerpo. La educación favorece en el crecimiento intelectual de las personas y brinda comodidad si se lleva ala práctica.

Cuidados

Lavar el área del estoma con jabón suave y agua tibia

Fundamentación

Lavar el área afectada con jabón suave como medida de asepsia, secar perfectamente para evitar la humedad y la proliferación de hongos.

Cuidado

Evaluar al paciente en la ingesta nutrimental de vitamina E y C

Fundamentación

La vitamina C es necesaria para la síntesis de colágeno, formación y conservación de capilares firmes y la cicatrización adecuada de heridas
La vitamina E es un antioxidante para la vitamina A y los ácidos grasos insaturados, previenen la anemia.

Evaluación

Se toma mayor interés en el aseo y los requerimientos vitamínicos para evitar los daños que le causan molestia.

(DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA)

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DIAGNOSTICO P.I.

Depresión

Objetivo

Interactuar en la atención de la paciente con el psiquiatra

Cuidados

Tratar de que la paciente se interese en actividades fuera de lo que es su enfermedad y que no las vea como escape

Lograr que acuda a todas sus citas con la psicóloga, no solo cuando ella quiera.

Fundamentación

La realización de actividades engrandece el intelecto y favorece la relajación

La ayuda psicológica favorece a la adaptación, aceptación y favorece el estado emocional.

Cuidados

Valorar el nivel de orientación, lugar, estado de ánimo, etc.

Fundamentación

La adaptación del medio y lugar centra y favorece el desarrollo hacia la aceptación para lograr la mejoría

Cuidado

Ayudar al paciente a centrarse en las tareas designadas y a alcanzar los objetivos planteados para su auto-cuidado

Fundamentación

El hablar claro y con la verdad favorece la consienta y la credibilidad del paciente

Cuidado

Ayudar al paciente a realizar sus elecciones de trabajo y tomar sus decisiones

Fundamentación

El respetar las decisiones del paciente crea mayor fiabilidad, seguridad y confianza

Evaluación

Trata de manifestar su opinión y sus sentimientos aunque le cuesta trabajo

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA NECESIDAD DE DESCANSO

DIAGNOSTICO

Trastorno del descanso r/c la dolencia músculo m/p dolor, insomnio e incomodidad para poder dormir, pensamientos agotadores.

Objetivo

Lograr el que duerma y logre el descanso adecuado para su bienestar descanso y salud.

Cuidados

Lograr que descanse y duerma sus 8 horas mediante terapias de relajación y probable medicación.

Mantener la movilidad del aparato músculo esquelético a través de ejercicios de bajo impacto.

Fundamentación

La movilidad y el descanso ayuda y favorece al mejoramiento físico, mental y disminuye el edema y el estrés.

Cuidados

Vigilar que realice sus ejercicios de bajo impacto adecuadamente ya que favorecerá el descanso por las noches

Fundamentación

Todos los movimientos del cuerpo se realizan por la acción del aparato músculo esquelético, favoreciendo la relación.

Cuidado

Realizar terapias de relajación y compartir sus experiencias para valorar el nivel de relajación que alcanza

Fundamentación

La relajación favorece el descanso, ayuda a disminuir el estrés y en la respiración provocando un nivel de calma y reposo.

Evaluación

Le costo trabajo realizar ejercicios pero mostró interés y las relajaciones disminuyeron su estrés dejándole una experiencia satisfactoria

2.5 PLAN DE ALTA

INFORMACION SOBRE EL CUIDADO DE LA COLOSTOMÍA

ALIMENTACIÓN

Alimentación en pacientes osteomizados.

Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:	Alimentos que inhiben el olor:
<ul style="list-style-type: none">• Legumbres.• Cebollas y ajos.• Col y coliflor.• Frutos secos.• Espárragos y alcachofas.• Huevos.• Cerveza y bebidas con gas.• Especias.• Carne de cerdo.	<ul style="list-style-type: none">• Mantequilla.• Yogurt.• Queso fresco.• Cítricos

Alimentos aconsejados:	Alimentos que se deben evitar:
<ul style="list-style-type: none"> • Frutas y verduras. • Pescados y aves. • Pastas y arroces. • Leche y derivados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carne de cerdo • Grasas. • Picantes. • Alcohol y bebidas gaseosas.
Alimentos que dan consistencia a las heces:	Alimentos astringentes:
<ul style="list-style-type: none"> • Verduras. • Frutas y legumbres. • Cereales integrales. • Salvado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plátano y manzana. • Leche y derivados. • Arroz cocido.

¿CÓMO REALIZAR LA HIGIENE DE LA COLOSTOMÍA?

MATERIALES NECESARIOS:

- Dispositivo (bolsa).
- Bolsa de plástico para desechar el material sucio.
- Papel de celulosa o toalla suave.
- Esponja suave.
- Jabón neutro.
- Agua del grifo templada.
- Espejo si fuera necesario, para verse el estoma.
- Tijeras.



Despegue el adhesivo de arriba hacia abajo, sosteniendo la piel de alrededor de la colostomía con suavidad, hasta desprender completamente el dispositivo (bolsa). EVITE TIRONES.

Retire los restos de heces de su colostomía ayudándose con papel de celulosa.

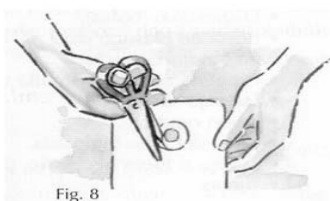
Limpie la colostomía y la piel de alrededor con la esponja enjabonada. **NO SE ALARME SI SU COLOSTOMÍA SANGRA DURANTE LA HIGIENE** (puede suceder). Hágalo suavemente, si persiste el sangrado presione ligeramente con la esponja humedecida en agua fría.

Aclare y **SEQUE** la piel con toalla suave o papel de celulosa, a pequeños toques, **EVITANDO FROTAR**.

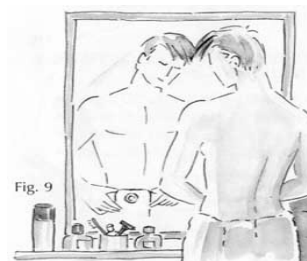
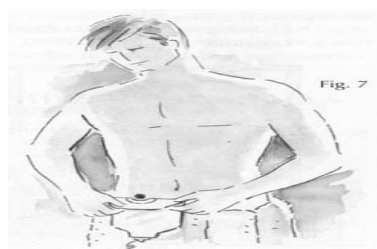
¿CÓMO SE COLOCA EL DISPOSITIVO?

La colostomía debe medirse periódicamente, ya que puede sufrir modificaciones en su tamaño; para ello existen unas guías de medidas. Si su colostomía es redonda podrá utilizar el dispositivo precortado, si es irregular deberá utilizar dispositivos recortables dándole la forma que tiene.

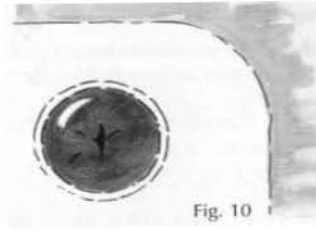
Para facilitar la colocación del dispositivo puede ayudarse de un espejo. El ajuste es correcto cuando existen 1 o 2 mm. entre la colostomía y el diámetro del dispositivo.



Si su dispositivo es de una pieza, el procedimiento es el siguiente: Coloque de abajo hacia arriba, ajustando el borde inferior del orificio de la bolsa con la base de la colostomía, presione suavemente con el dedo alrededor, de dentro a fuera, con movimientos circulares para facilitar su adherencia y evitar pliegues y arrugas.



Si su dispositivo es de dos piezas, el procedimiento será el siguiente: Coloque primero la placa adhesiva cuyo orificio tendrá la forma y tamaño de la colostomía, céntrela al mismo, ayúdese con el dedo y aplique movimientos circulares de dentro hacia fuera para facilitar su adherencia y evitar pliegues y arrugas. Adapte la bolsa al aro de la placa adhesiva, asegurándose de su perfecto acoplamiento con un leve tirón de la bolsa.



¿CUÁNDO SE DEBE CAMBIAR EL DISPOSITIVO?

- Si el dispositivo es de una pieza cerrado se cambiará cuando esté por la mitad.
- Si el dispositivo es de dos piezas se cambiará la placa adhesiva cada 3 ó 4 días, siempre que no detecte fuga; si apareciera, cámbielo, evitará lesiones de piel. Si la bolsa es cerrada debe cambiarse cuando esté por la mitad, si es abierta se vaciará cuando lo precise y se cambiará cada 24/48 horas.
- Al retirar un dispositivo compruebe la integridad y buena coloración de la piel para detectar posibles lesiones de la misma.

¿CÓMO SE DESECHAN LOS DISPOSITIVOS?

Envuelva el dispositivo en papel e introdúzcalo en la bolsa de plástico, anúdela y tírela a la basura.

¿CÓMO SE ADQUIEREN LOS DISPOSITIVOS?

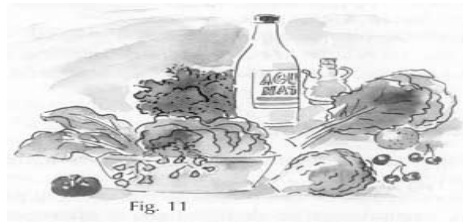
- Los dispositivos se adquieren en la farmacia.
- Los dispositivos les serán recetados por su médico de cabecera.
- Para facilitar su dispensación, es aconsejable nombrar el producto de forma detallada, adjuntando el código nacional que lo identifica.

ALIMENTACION

El ser portador de una colostomía no implica variar su dieta habitual, aunque unos consejos de higiene alimentaría pueden serle de utilidad:

Tome una dieta equilibrada: carnes, pescados, frutas, verduras, legumbres.

- Beba abundantes líquidos y disminuya la ingesta de bebidas gaseosas.
- Mastique lentamente, procurando hacerlo con la boca cerrada, evitando tragar aire.
- Intente comer siempre a la misma hora y sin prisas.

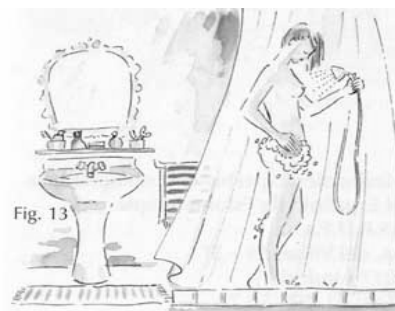


ADAPTACION A LA VIDA DIARIA

Su vida familiar no tiene por qué sufrir modificaciones. La adaptación debe ser afrontada por usted y su familia, compartiendo situaciones como la higiene, cambio de dispositivo..., esto se consigue a través de la comunicación, confianza y diálogo con las personas más allegadas. Podrá realizar actividades familiares, de pareja, laborales y de ocio, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:



- 1.- Trate de volver lo antes posible a su vida habitual.
- 2.- La utilización de guantes, gasas, suero fisiológico, **NO ES NECESARIO** para la higiene del estoma.
- 3.- Si al retirar el dispositivo detecta irritación de piel, o cambio de color, consulte con el profesional de enfermería o Experto en Estoma terapia.
4. Si existe vello alrededor de la colostomía, recórtelo o rasúrelo periódicamente en sentido de su crecimiento.
- 5.- Evite aplicar cremas hidratantes o aceites que dificulten la adherencia del dispositivo.
- 6.- Puede ducharse o bañarse con o sin bolsa, si deja la bolsa tape el filtro.



- 7.- Al salir de casa lleve material necesario para poder cambiarse. Si realiza un viaje, llévelo en su equipaje de mano.
- 8.- Si tiene que realizarse alguna prueba diagnóstica y efectuar una

limpieza del intestino, o tiene diarrea, utilice dispositivos (bolsas) abiertas o de dos piezas.

9.- Tenga los dispositivos en un lugar seco, lejos de zonas de calor y humedad.

10.- No debe perforar (pinchar) el dispositivo (bolsa) para eliminar los gases ya que puede darle olor.

11.- Para evitar gases reduzca las bebidas con gas, la piel de las legumbres, algunas verduras como coles, coliflor, cebollas.

12.- Los olores se pueden reducir tomando mantequilla, perejil, yogur.

13.- Evite el sobrepeso y realizar esfuerzos abdominales, ha sufrido una operación importante.

14.- Puede utilizar cualquier tipo de ropa, evitando las prendas muy ajustadas.

15.- Evite deportes que puedan dañar la zona del estoma, como kárate, boxeo...

16.- En la playa y piscina báñese siempre con bolsa, para evitar posibles fugas tape el filtro.

17.- El ejercicio diario es saludable. Pasee. Diviértase. Realice sus actividades favoritas.



CONCLUSIONES

Al aplicar un proceso atención de enfermería de manera individualizada se podrá brindar atención al paciente de una forma integral asegurando la calidad y calidez.

El concepto que nos brinda Virginia Henderson nos hace reflexionar que la enfermería es quien brinda la asistencia personal del paciente con el fin de trascender hasta la independencia del mismo.

Es grato el poder ayudar a una persona en los momentos en que más lo requiere y por que no también en la salud y mediante este proceso es la forma en que podemos abarcar todas las necesidades de dicha persona.

Por lo anterior este trabajo señala la relación bibliografía enfocada a la investigación para apoyar a la práctica laboral y así confirmar la experiencia en la habilidad, destreza y técnica que se realizan diariamente.

Necesitamos impulsar el pensamiento reflexivo ordenado y analítico que otorgan las mejores condiciones de actuar en la solución de problemas, partiendo de los principios básicos y fundamentales del que permita conocer ala familia, comunidad e individuo.

Termino mi proceso con gran satisfacción al haber logrado mis objetivos y el poder observar a la paciente mejorada, tuve la oportunidad de tener contacto con ella y observar la gran mejoría que tuvo y sobre todo cunado le dijeron que todo iba muy bien y que probablemente dentro de poco se le realizaría la resección del estoma.

SUGERENCIAS

La aplicación de proceso de atención de enfermería es la mayor valoración que se le puede realizar a un cliente (paciente), desgraciadamente encontramos que por falta de conocimiento o interés del personal de las instituciones no es valorado y mucho menos llevado a cabo, y es lo que nos llega a limitar su elaboración sin contar el exceso de trabajo que existe en estas; por lo que se rompe esa atención individualizada que debería brindársele al paciente ya que nos ayudaría a evitar un nuevo internamiento por que llevaría todas las bases necesarias para evitar una recaída.

A mí me parecería de suma importancia realizar continuamente evaluación a las enfermeras con un proceso y recalcar la importancia de este y la gran oportunidad que se tiene dentro de la investigación, ya que talvez sea un caso que consideren muy sencillo y si se va a la literatura puede encontrar tantas cosas que talvez desconocía y que hay nuevas formas de tratarlo.

En particular en este ambiente de la salud yo sugeriría compañerismo y libertad, dentro de la realización de mi trabajo tuve demasiados obstáculos, por parte de médicos y enfermeras de base por brindarle una atención personalizada a esta paciente, pero nadie le pregunto sus dudas e inquietudes, etc y con el día a día en el avance de mi trabajo las pude ir descubriendo lo que me ayudo a poder brindarle un buen plan de atención; y evitar una infección, etc y beneficiaria al personal de dicha institución a evitar que regresara no se talvez antes de lo previsto.

Mi mayor sugerencia sería que ya que como estudiantes muchas veces no se nos de nuestro lugar los académicos comenzaran por infundir la importancia de la enfermería como Profesión y no como el ayudante de..., y hacer conciencia en los trabajadores de poder adquirir nuevos conocimientos, procedimientos y herramientas que tenemos para poder trabajar en equipo y claro que ellos nos pulan también de sus conocimientos y talvez logremos que se reconozca a los Lic. en Enfermería y Obstetricia como eso Licenciados y no como los terceros dentro de una decisión en el ámbito laboral.

GLOSARIO

Catecolamina: Sustancia perteneciente a un grupo de compuestos simpático miméticos que poseen una molécula catecol y la porción alifática de una amina.

Colostomía: formación de una abertura quirúrgica del colon hacia la pared abdominal anterior, cumpliendo así algunas de las funciones del ano.

Esfínter: estructura, por lo común muscular, que tiene como función obliterar un orificio natural.

Esfínter anal: conjunto de fibras musculares que rodean el conducto y el orificio anal se distinguen dos porciones, una interna y otra externa.

Estenosis: estrechez anómala de un orificio o conducto.

Estoma: cualquier orificio pequeño. Boca anastomótica. Orificio artificial abierto entre dos cavidades o conductos.

Evisceración: Extirpación quirúrgica de una o varias vísceras del organismo

Exéresis: extirpación quirúrgica de un órgano o estructura.

Hematuria: presencia de sangre en la orina, o emisión de sangre por la uretra.

Hemopericardio: Derrame pericardio de características hemáticas. Se puede observar en la pericarditis traumática, en la rotura de un aneurisma en el saco pericardico, en la pericarditis neoplásica, en el infarto agudo con rotura miocárdica, y en la pericarditis tuberculosa.

Necrosis: conjunto de cambios morfológicos que ocurren después de la muerte celular. La mayor parte de ellos resultan de la acción de la activación y liberación de enzimas lisosómica o bien auto líticas

Ostomía: Procedimiento quirúrgico en el que se realiza una abertura para permitir el paso de orina desde la vejiga o de heces desde el intestino hasta una indicción o estoma creado quirúrgicamente en la pared del abdomen. Puede realizarse para corregir un defecto anatómico o para mejorar una obstrucción en el tracto urinario o intestinal. Cada procedimiento se denomina según la localización anatómica.

Peritonitis: proceso inflamatorio localizado o generalizado que puede adoptar la forma crónica o la aguda.

Peristaltismo: contracción coordinadas, rítmicas y seriadas del músculo liso que fuerzan el desplazamiento de los alimentos a través del conducto digestivo, la bilis a través del conducto biliar y la orina a través de los uréteres.

Prolapso o ptosis: Caída o deslizamiento de un órgano o estructura anatómica hacia abajo desde su situación normal.

Prolapso rectal: Ptosis de las mucosas o de todas las tunicas de la pared rectal que puede transponer el esfínter anal o permanecer oculto a nivel de la ampolla rectal.

Retracción: contracción, encogimiento, disminución de tamaño

Yatrogénico: Prefijo que significa perteneciente al medico o al tratamiento. Causado por el tratamiento o por técnicas diagnosticas. Una enfermedad iatrogénica es la provocada por el personal medico por técnicas diagnosticas o terapéuticas o por la exposición al medio ambiente hospitalario.

Exploración Física Pulmonar (inspección, auscultación, palpación, percusión):

Tórax cilíndrico, con movimiento torácico abdominales sincrónicos con la respiración, clavículas simétricas. De complexión delgada. tórax sin dolor a la palpación, costillas integra, columna integra indolora sin desviaciones. A la auscultación; campos pulmonares ventilados .

Exploración Física Cardiovascular: Frecuencia cardiaca sin ruidos agregados

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION:

¿Qué alimentos consume regularmente? pollo, verduras, carnes rojas y frutas

¿Cuántas veces se alimenta al día? 2 ¿Qué alimentos prefiere? no le disgusta ninguno; aunque después de la cirugía ha tenido que dejar muchos por lo mismo de la inflamación o los gases, y por salud e indicaciones medicas.

¿Qué alimentos le desagradan? xx

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? no ¿Cuáles? xx

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos? no

¿Cuáles? xx

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? no ¿Cuáles? xx

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? no influye

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? no

¿de que manera? xx

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? si ¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? 70%

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? no ¿Cuáles? xx

Fármacos: xx

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

¿Cuántas veces evacua al día? 2 ¿Qué características tienen sus heces? Color café, Olor Fétido de consistencia dura

¿Cuántas veces micciona al día? 3 ¿Qué características tiene su orina? color ámbar cantidad moderada , olor ligero

¿Qué características tiene su menstruación? cantidad normal, sin dolor

Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o micción?
no

¿Cuáles? xx ¿Padece algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? antes de la cirugía (accidente) ninguno, actualmente si la falta de control a esta situación, la consistencia actual de las heces casi líquida .

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación, intestinal o urinaria? igual antes no influía por que estaba en el lugar indicado para realizarlo pero ahora no hay control (momento, lugar etc), es realmente incomodo e insatisfactorio. _____

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? no influye

Fármacos: xx Otros: xx

Exploración Física en la eliminación (inspección, auscultación, palpación, percusión):

Abdomen sin protuberancia umbilical. sin visceromegalias visibles. Doloroso a la palpación profunda, sin masas palpables, distendido. A la percusión abdomen con sonido timpánico. Con ruidos peristálticos presentes, reflejos tendinosos presentes y después de la cirugía se conserva estoma ligeramente enrojecido

4.- NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA:

¿Cómo es su actividad física cotidiana? no realiza

¿Realiza ejercicio? no ¿Qué tipo de ejercicio?
xx

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? xx

¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio?
xx

¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y postura? no-
posterior a cirugía si

¿Cuál? intolerancia al movimiento causado por dolor que se irradia a
nivel abdominal y pélvico sin descartar el dolor rectal punzante y falta de
confianza ala bolsa colectora

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? no

¿De que tipo? xx

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de
su movilidad y postura? no influye

¿Cómo influye su estado de ánimo para la realización de ejercicio?
xx

Fármacos específicos: xxx

Otros: xx

Exploración Física (inspección, palpación): Extremidades superiores e
inferiores simétricas, con movimientos voluntarios.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

¿Cuánto tiempo destina para descansar? 3hrs ¿Cuántas horas
duerme? 6hrs ¿Se duerme fácilmente? no ¿Cree tener
alteraciones del sueño? si ¿A que considera que se deban estas
alteraciones? mala postura al dormir

¿Ronca ruidosamente? no ¿Usted cree que el roncar es un
problema de salud? si

¿Qué ha hecho para solucionarlo? xx

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? el
hecho de no estar en su hogar ya es un factor para que no pueda
conciliar el sueño fácilmente y el no acostumbrarse a traer algo en el
cuerpo que no es de uno es incomodo y desesperante.

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y
sueño? no influye es cómodo

¿De que manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? xx

Fármacos o sustancias específicas: xx

Exploración Física (Inspección, fascies, expresión corporal, escala del dolor):

Se encuentra con palidez de tegumentos, ligera presencia de ojeras, su fascie tranquila, pero preocupada.

6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? no ¿En que medida?
xx

¿Elige su vestuario en forma independiente? si ¿Por qué? me gusta sentirme cómoda y bien conmigo misma

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de prendas de vestir?
no influye

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir?
Dependiendo del estado climático se adapta a los diferentes estados del tiempo, es decir, si hace frío utiliza prendas mas calientitas como suéter y abrigo y si hace calor usa ropa mas ligera, entre ellas falda , vestidos

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? No influye

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? Cada quien tiene una forma propia y respetable sobre el estilo de vestir.

Exploración Física: Dentro del hospital se observa que cuenta con una pijama proporcionada por los familiares y tiene sus chanclas para baño y sus pantuflas.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION:

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? No influyen

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted vive, estudia o trabaja? Ambiente (36ª)

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna?
Utilizando ropa especifica para cada cambio climático

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? Estar en lugares sin corrientes de aire y utiliza (ropa) adecuada.

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal?
No ¿Cuál? xx

Fármacos: xx

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL:

¿Con que frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? diario

¿A que hora del día prefiere bañarse? Al amanecer entre 5:30 y 6:00 a.m.

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 3 ¿Cómo se lava los dientes? con la técnica recepillado, claro con sus desviaciones pero lo intento que sea así utilizando pasta cepillo e hilo dental

¿En que casos se lava las manos? cada que sea necesario antes y después de muchas actividades durante el día

¿Con que frecuencia se realiza el corte de uñas? me gusta usarlas largas pero las lavo con cepillo

¿Cómo lo hace? xx

¿Qué aspecto de la higiene considera más importantes?

Todo en relación con la higiene es importante es nuestra carta de presentación.

¿Qué significa para usted la higiene? todo pulcritud tanto física y mental

Fármacos o sustancias: XX

Otros: actualmente se observa falta de esta por la irritación que se ha realizado en el estoma ya no están frecuente el cambio de bolsa lo que ella considera como un gran problema hacia su persona, pero es algo de lo que ya se percato he intenta cambiarlo

Exploración Física (inspección y palpación): boca integra, dentadura completa con presencia de residuos de comida, sarro.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? Si ¿Qué vacunas no le han aplicado?

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? Exploración mamaria

¿Con que frecuencia se realiza autoexploración física? Cada mes

¿Tiene vida sexual activa? si ¿Qué preferencia sexual tiene? heterosexual

¿Utiliza algún método de protección? si ¿Cuál? preservativo

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual? No

¿Cuál? N.A.

¿Toma bebidas alcohólicas? No ¿desde cuándo y con qué frecuencia? xx

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? se puede ingerir una copa en un evento social sin llegar al extremo de ebriedad, las personas que toman con frecuencia ya tiene una enfermedad.

¿Consumes drogas? No ¿de que tipo? xx

¿Desde cuando y con que frecuencia consume drogas? xx

¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas? xx

¿Ha tomado fármacos o "remedios" sin prescripción médica? No

¿Qué fármacos? xx

¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? no ¿Cuál? xx

¿En el lugar donde usted vive, estudia, trabaja; existen peligros que le pudieran provocar daños en su salud? No ¿Cómo cuales? XX

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? Actuando con calma y pensando las cosas antes de reaccionar

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? las comunes no correr, no gritar, no empujar.

¿Cómo maneja una situación de stress? interviene mucho el temperamento o el estado anímico anterior a esta situación pero siempre trato de tomar las cosas con calma y razonamiento

Exploración Física (inspección, determinar discapacidad auditiva, visual, sensorial o motriz):

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE:

¿Con quien vive? Esposo e hijo

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? buena relación sin conflictos

¿Pertenece a algún grupo social? No ¿A cual? xx

¿Durante cuanto tiempo esta solo? Nunca

¿Tiene pareja? Si ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? excelente

¿Padece algún problema relacionado con la comunicación? no;
actualmente si

¿Cuál? me causo cierto pánico el que mi familia preguntara y trataran de hacer que no paso nada me he aislado por vergüenza y miedo a incomodarlos por algo que pueda suceder y no pueda controlar

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? no ¿de que tipo? xx

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo; que le limiten la comunicación con los demás? No

¿Cuáles? xx

11.- NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES:

¿Tiene alguna creencia religiosa? si ¿Cuál? católica

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? El creer nos ayuda a logara y una sin la otra no es nada

¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? Cada domingo por lo regular

¿Tiene algún problema que le impide o limite, a asistir a su centro religioso? no ¿De qué tipo? xx

¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? no ¿Por qué? No prohíbe ningún tipo de intervención medica (transfusión, operaciones, etc)

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? No ¿Por qué? xx

¿Qué significa para usted un valor? Lo básico en los seres humanos, que son las enseñan de la familia- padres.

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? Si ¿Por qué? Me comporto de la forma en que pienso razonablemente no por impulso.

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? Solo -nacer-vivir-morir ley de la vida

Exploración Física (inspección, ver si cuenta con imágenes religiosas):
cuenta con una virgen de Guadalupe

12.- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION:

¿Cuál es su rol familiar? Madre y pareja de familia ¿Esta satisfecho con el rol que desempeña? si

¿Por qué? Me siento reconocida

¿Qué significado tiene participar en el ingreso económico familiar? apoyo y cooperación

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? si

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? Espero salir pronto para continuar conviviendo con la familia y amigos.

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? Igual que todos integrantes de esta

¿Realiza alguna actividad altruista? No ¿de que tipo? xx

¿Esta satisfecho con su manera de pensar y actuar? Completamente.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? no ¿Por qué? por la hospitalización ¿En qué forma influye su estado de animo para jugar y realizar actividades recreativas? xx

¿Qué juegos o actividades recreativas realiza? xx

¿Con que frecuencia? xx

¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? xx

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? xx

Fármacos: xx

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? no ¿de que tipo? xx

¿Qué significado tiene para usted la escuela? Es importante para aprende y superación y satisfacción propia

¿A que tipo de escuela asiste? Actualmente ya no estudia

¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en este ultimo trimestre? xx

¿A que cree usted que se deba ese rendimiento? xx

¿Cómo influye la relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? xx

¿Con que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad?

biblioteca

¿Sabe utilizar esas fuentes de apoyo? si

Identifique las fuentes de apoyo para la comunidad: biblioteca, centro de salud

BIBLIOGRAFIA.

Almansa Martínez Pilar “Metodología de los Cuidados de Enfermería”

Barbara Dossier MN “Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practicas” 2da Ed. Mc Graw Hill interamericana 2005.

Davidof, Linda “Psicología”

Doronzy. Alexander “Centro Internacional para el desarrollo” 1995

Fernandez, Ferrin Carmen “El modelo de Henderson”

Karovac, Suzanne “El Pensamiento Enfermero”

Luverne Wolf Lewis “Fundamentos de enfermería” 4ta ed. Edt. Harla SA de CV. 1992

Montik Lewis, Sharon RN, Margaret Malean “Enfermería Medico Quirúrgica, Valoracion y cuidados de problemas clinicos” 6ta ed. Edt. Elsevier España 2004

Normank, et al “Bases científicas de Enfermería”

Piriz Campos Rosa “Enfermería Medico Quirúrgica” Edt Madrid Valencia 2001

Riopelle, Lise al “Cuidados de Enfermería”

Tomey, Marrier Am “Modelos y Teorías en Enfermería”

Tortora, Gerald “Anatomía y Fisiología” 4ta edición 2002

Hospital Universitario Vall d´Hebrón. “Crohn-Colitis y Ostomías”.
[Internet]. Unitat 2006

Disponible en: <http://www.ua-cc.org/index.jsp>

Martí Ragué J., Tegido Valentí M. Estomas. “Valoración, tratamiento y seguimiento”. Barcelona: Doyma.Barcelona; 1999.

Morson C. “Enfermedades del colon recto y ano” Edt Jims 1992.

Ramírez Puerta AB., Jadraque Jiménez P. , Pérez-Hervada Payá A.,
Ramírez Puerta D., Funes Meseguer M.J., Martínez Martínez F.J.
“Cirugía Menor: Curas y técnicas de enfermería”.

Carrasco Carrasco E. "Cirugía Menor. Manual de Práctica Quirúrgica y Traumatológica en Atención Primaria". Fundación Instituto Ursa del Dolor; 2003. p.156- 163.

Shackelford RT , Zuidema GD, Yeo ChJ. "Cirugía del Aparato Digestivo". 5ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los datos obtenidos del trabajo de campo, en las comunidades investigadas (San Nicolás y El Botho). En primer lugar se presenta la información para la comunidad de San Nicolás.

La presentación de los resultados se hizo de acuerdo a las siguientes áreas investigadas:

1. Patrón de consumo.
 - a) Tipo de bebidas.
 - b) Cantidad de consumo.
 - c) Frecuencia de consumo.
2. Situaciones de consumo.
3. Consecuencias asociadas al consumo.
4. Razones de consumo.
5. Percepción del problema.
6. Disposición de los habitantes hacia el desarrollo de medidas de prevención y tratamiento.

El análisis de los datos se hizo con base en frecuencias y porcentajes; y para enriquecer los resultados se muestran las declaraciones de los grupos de informantes; estas se identifican porque se presentan entre paréntesis y con letra *cursiva*.

COMUNIDAD DE SAN NICOLÁS

En esta comunidad se integraron 30 grupos de informantes, con un total de 78 personas (8 hombres y 70 mujeres).

En esta sección se mostrarán los resultados en gráficas de pastel y de barras. Para una mayor comprensión de los resultados, en el anexo II se mostrarán las frecuencias, los porcentajes y las categorías detalladamente. Así mismo, en las tablas de este anexo se señalan si los porcentajes son con base en el total de respuestas dadas por lo grupos; o en base al total de los grupos (n=30).

Ante la pregunta ¿cuáles son los principales problemas de salud que se presentan en su comunidad?, se obtuvo el mayor porcentaje en el consumo de alcohol (30%) (en palabras de los informantes sería: *toman mucho, alcoholismo, por la bebida, toman y se enferman*); y el menor porcentaje en problemas de alimentación (2%) (*mala alimentación, desnutrición*). Con estos datos se puede afirmar que 3 de cada 10 informantes perciben el consumo de alcohol como un problema de salud en su comunidad (Ver figura 1).

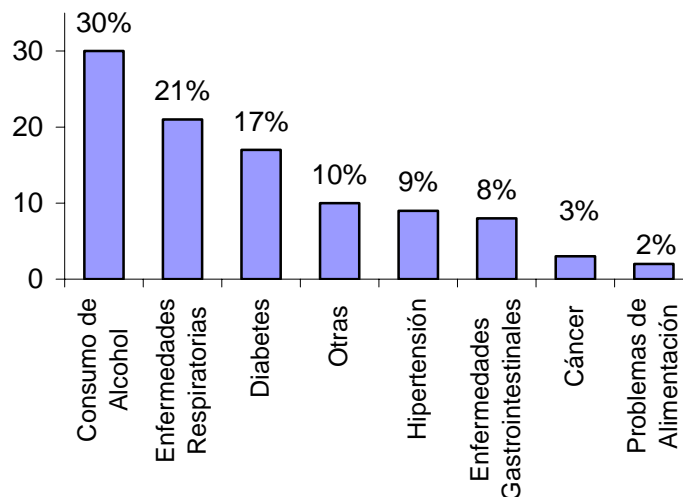


Figura 1. Principales problemas de salud en la comunidad.

1.1 Patrón de consumo

Para construir esta dimensión se consideran tres aspectos: a) el tipo de bebidas con alcohol que consumen hombres y mujeres; b) la cantidad que beben y c) la frecuencia con que lo hacen.

a) Tipo de bebidas

De acuerdo a la percepción de los grupos de informantes, las bebidas embriagantes que consumen los hombres de la comunidad fueron: pulque, cerveza, destilados, alcohol de 96° y vino tinto. Las tres primeras bebidas fueron reportadas por todos los grupos, mientras que el alcohol de 96° sólo fue declarado por seis grupos, señalando que el alcohol de 96° sólo es ingerido por personas que no tienen acceso a otra bebida alcohólica, ya sea por falta de dinero o porque los lugares para comprarlas están cerrados. Llama la atención que el vino tinto sólo fue mencionado por un grupo, cuyos integrantes eran personas que habían estudiado carreras profesionales en otro estado de la República y que migraron a Estados Unidos (Ver anexo II, tabla 2).

De las bebidas que mencionaron los grupos, se encontró que en primer lugar los hombres consumen pulque, en segundo destilados y en tercer lugar cerveza. Esto puede deberse a que el pulque es una bebida tradicional en la zona y que es más barato que cualquiera de las otras dos bebidas; por ejemplo el litro de pulque cuesta entre dos y tres pesos, mientras que el cuarto de vaso de destilado tiene un costo aproximado de cinco pesos (Ver anexo II, tabla 3).

En el caso de las mujeres, que son las que menos toman, las bebidas con alcohol que consumen en orden de preferencia son: en primer lugar pulque, en segundo cerveza y por último destilados. Hay que resaltar que no todos los grupos reportaron que las mujeres beben cerveza y destilados, en tanto que el pulque, sí fue mencionado por todos. Esto probablemente se debe a que, al igual que en el caso de los hombres, el pulque es una bebida tradicional y más barata. Otra diferencia con respecto a los hombres es que ningún grupo reportó que las mujeres consumieran alcohol de 96° (Ver anexo II, tabla 4 y 5).

Los grupos de informantes mencionaron que en esta comunidad se consume aguardiente, mezcal, Presidente, Don Pedro, tequila, Caribe Cooler o New Mix, pero a todas estas bebidas comúnmente les llaman vino; aunque en esta investigación las incluiremos en los destilados.

b) Cantidad de consumo

Las siguientes figuras muestran la percepción que tienen los grupos de informantes acerca de la cantidad de bebidas alcohólicas (pulque, cerveza y destilados) que se consumen por ocasión en la comunidad, así como la diferencia entre hombres y mujeres.

Cabe mencionar, que no se presentaron las cantidades que ingieren los hombres de alcohol de 96°, ya que los grupos de informantes no pudieron dar una respuesta precisa, debido al desconocimiento de la información.

Con respecto al pulque, se puede observar que las mujeres consumen más que los hombres en el rango de menos uno hasta tres litros por ocasión, mientras que los hombres consumen más que las mujeres en el rango de cuatro a nueve litros (Ver figura 2). Esto puede deberse a que los grupos de informantes reportaron que el pulque en ocasiones lo toman como agua de día.

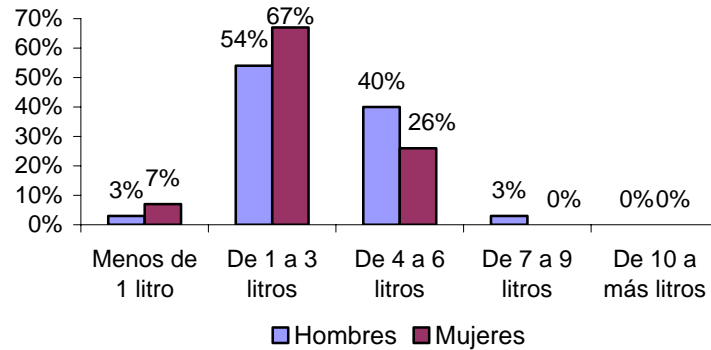


Figura 2. Cantidad de pulque que beben hombres y mujeres.

En la figura 3 se puede observar que las mujeres consumen más cerveza que los hombres en el rango de menos de una hasta dos caguamas por ocasión, mientras que los hombres consumen más que las mujeres en el rango de tres hasta más de siete caguamas.

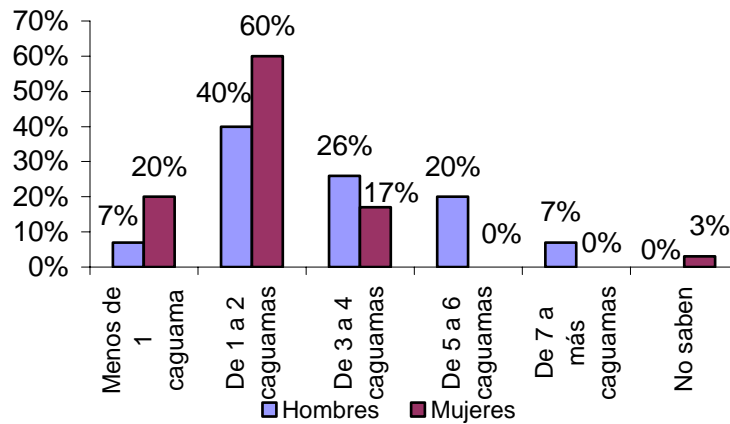


Figura 3. Cantidad de cerveza que beben hombres y mujeres.

Para los destilados, en el rango de 2 ½ a 5 copas estándar por ocasión, las mujeres toman más que los hombres, mientras que en el rango de 5 ½ a 12 copas estándar por ocasión beben más los hombres que las mujeres (Ver figura 4).

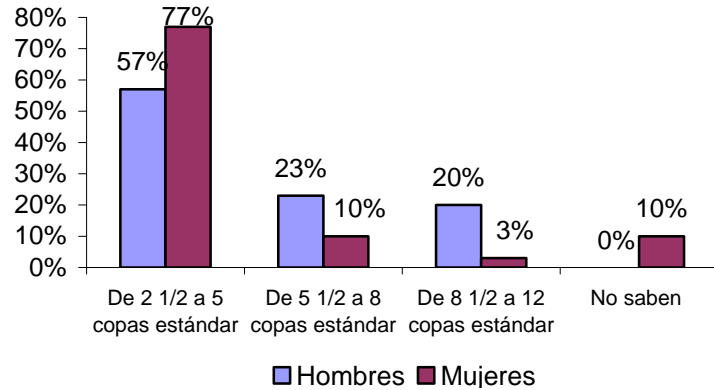


Figura 4. Cantidad de destilados que beben hombres y mujeres.

Cabe mencionar que los grupos de informantes reportaban las cantidades de destilado de acuerdo a como lo consumían en la comunidad (en vasos), pero para fines de esta investigación se hizo la conversión a copa estándar.

c) Frecuencia de consumo

Para la pregunta ¿cuándo toman bebidas alcohólicas los hombres y mujeres?, la mayoría de los grupos reportaron que diario toman alguna o todas las bebidas antes mencionadas. Por lo que la cantidad y frecuencia de consumo es alta en esta comunidad (Ver figura 5).

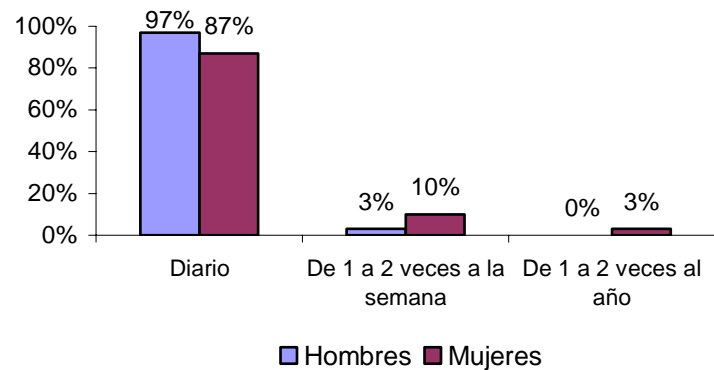


Figura 5. Cuándo toman bebidas alcohólicas hombres y mujeres.

1.2 Situaciones de consumo

En este apartado se analizan las situaciones en las que se da el consumo de bebidas alcohólicas como son las situaciones sociales, los lugares, las personas, las actividades y el momento del día en el que se consumen las bebidas embriagantes, así como el modo de obtención de éstas.

Para dar inicio con este apartado se preguntó a los grupos de informantes ¿existe un día de la semana, en el que prefieran tomar bebidas con alcohol?, obteniendo que más de la mitad de los grupos (67%) opinó que sí existen días preferidos para tomar, mientras que el resto de los grupos (33%) consideró que no, porque beben todos los días (Ver anexo II, tabla 14).

A los grupos de informantes que respondieron que sí existían días preferidos para tomar se les preguntó ¿cuáles son estos días?, y se obtuvo que el 70% mencionó entre semana (en palabras de los informantes sería: *lunes porque es el día de pago, el día de plaza, los viernes*). El 30% restante, reportó que consumían los fines de semana (*sábados y domingos*) (Ver anexo II, tabla 15).

Los grupos de informantes opinaron que los principales eventos en los que se consumen bebidas embriagantes son en fiestas particulares (en palabras de los informantes sería: *XV años, bodas, cumpleaños, bautizos, presentaciones, confirmaciones*). Seguidas por fiestas patronales (*del 7 al 11 de septiembre fiesta de San Nicolás, fiesta del pueblo*) y por fiestas decembrinas (*navidad, año nuevo, posadas, fin de año*) (Ver figura 6). Cabe mencionar que dentro de las fiestas patronales, aún se conserva la tradición de la mayordomía¹, en la cual se regala el charape²; por lo que el consumo de alcohol tiende a aumentar en estas celebraciones.

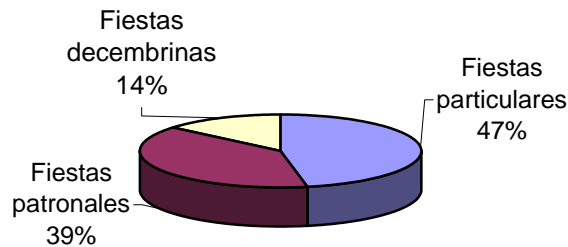


Figura 6. Eventos en los que se consumen bebidas alcohólicas.

La figura 7 muestra los lugares donde las personas tienden a tomar bebidas embriagantes. Los grupos de informantes señalaron las tiendas (34%) como el principal lugar en el que se bebe, especialmente destilados y cerveza. Seguidas por consumo en su casa (30%) (en palabras de los informantes sería: *en la casa, van a su casa*); en cantinas (13%) (*en lugares para tomar, como cantinas*); en pulquerías (12%) (*casa donde se vende pulque, pulquerías*); otras (10%) (*en el centro, a orillas de las carreteras o camino, en el tianguis*); y por último en el campo (1%) (*cuando trabajan, en la milpa*). Es necesario

¹ Antes de iniciar las fiestas patronales se eligen nueve personas a las que se les llaman mayordomos, quienes se encargan de la fiesta, es decir son los que preparan los alimentos para toda la comunidad (tamales, chocolate, mole, pollo, charape) y los que visten al Santo Patrón. Todas estas actividades que hacen para llevar a cabo la fiesta del pueblo se llama mayordomía.

² El Charape consiste en mezclar pulque con frutas y dejarlo fermentar. Esta es la bebida que preparan los mayordomos, para la fiesta patronal, que dura del 7 al 11 de septiembre.

señalar que cuando los grupos hacen mención a las pulquerías, se refieren a los patios de las casas donde compran el pulque.

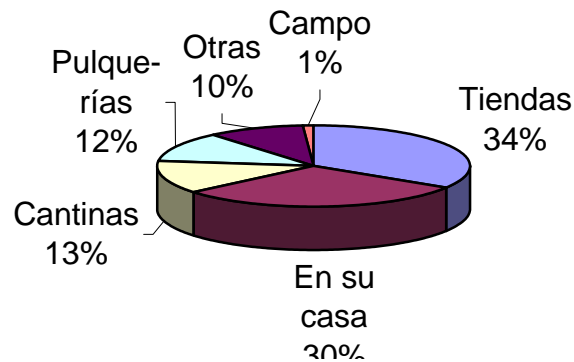


Figura 7. Lugares donde se consumen las bebidas alcohólicas.

Los grupos de informantes mencionaron que las personas toman bebidas embriagantes, acompañadas principalmente de sus amigos o amigas (43%), por lo que la mayoría de los individuos toman con personas de su mismo sexo. También reportaron que consumen con sus familiares (31%) (en palabras de los informantes sería: *con su pareja, hermanos, con sus parientes*); y con otros (26%) (*compadres, compañeros de trabajo, vecinos, con personas que no conoce o solos*) (Ver figura 8).

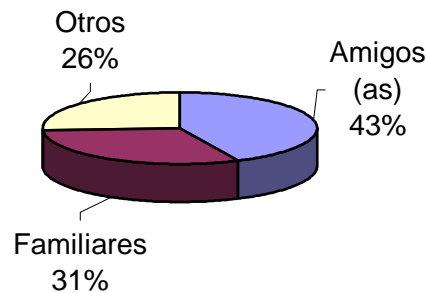


Figura 8. Personas con las que consumen bebidas alcohólicas.

Dentro de las actividades que realizan las personas cuando están tomando bebidas alcohólicas, encontramos: platicando (41%) (en palabras de los informantes sería: *platican, se quedan platicando*); trabajando (23%) (*en el campo, en la milpa*); jugando juegos de mesa (23%) (*domino, baraja, ajedrez*); y después de jugar fútbol (13%) (Ver figura 9).



Figura 9. Actividades que realizan cuando toman bebidas embriagantes.

Los grupos de informantes reportaron que el momento del día en que toman bebidas alcohólicas es en la mañana (33%) (en palabras de los informantes sería: *mañana, en la madrugada*); en la tarde (37%) (*tarde, para la comida, a medio día*); y en la noche (30%) (Ver figura 10). Es importante señalar que los informantes no manejan el concepto de tiempo basado en horas, sino lo hacen con relación a las actividades que realizan, por ejemplo en el desayuno, en la comida, etc.; por lo que su noción de tiempo es diferente.

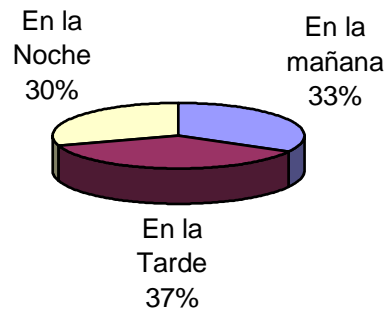


Figura 10. Momento del día en que toman bebidas alcohólicas.

Para finalizar con el apartado de situaciones de consumo, se observó que más de la mitad de los grupos de informantes reportaron que las personas consiguen las bebidas embriagantes comprándolas (63%) (en palabras de los informantes sería: *en tiendas, pulquerías o en el centro*); una tercera parte mencionó que se las invitan (33%) (*en el trabajo, en la fiesta del pueblo*) y el resto de los grupos opinó que producen exclusivamente el pulque (4%) (*lo hacen en sus casas, las raspan*). Hay que señalar que los informantes mencionaron que cuando les dan las bebidas alcohólicas en su trabajo, éstas no son parte de su salario, sino es un obsequio de la persona que los contrata (Ver figura 11).

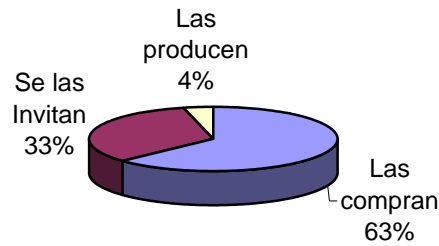


Figura 11. Cómo consiguen las bebidas alcohólicas.

1.3 Consecuencias asociadas al consumo

En este apartado se analiza la percepción que tienen los informantes sobre las cosas que les ocurren a las personas que toman, cuántas personas mueren, qué enfermedades ocasiona el tomar bebidas embriagantes y cómo saben que una persona esta borracha.

Al preguntar ¿qué cosas les ocurren a las personas cuando toman bebidas con alcohol?, los grupos de informantes mencionaron accidentes (37%) (en palabras de los informantes sería: *los atropellan, se caen, se raspan, se descalabran, se mató en el carro, en los caminos hay accidentes, se caen en los canales y se ahogan*); violencia (33%) (*se pelean, dicen groserías, muy agresivos, discuten*); problemas de salud (24%) (*se les quema el hígado, dejan de comer, cirrosis, les crece la panza, se enferman, adelgazan, se les hinchan los pies, arrojan sangre*); problemas familiares (3%) (*se enojan por cualquier cosa con su familia, se enojan con la esposa y los hijos*); y mueren (3%) (*se mueren, fallecen, dejan sola a su familia porque se mueren*) (Ver figura 12).

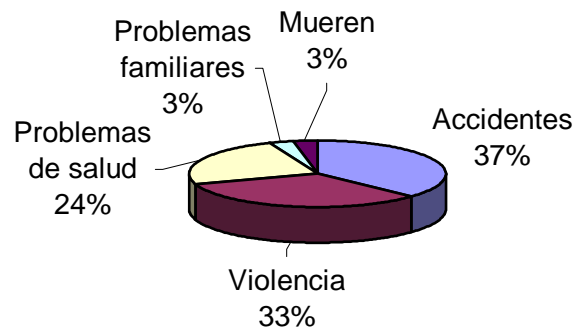


Figura 12. Cosas que les ocurren cuando toman bebidas alcohólicas.

Para saber si los grupos de informantes asociaban dichas consecuencias con el consumo de bebidas alcohólicas, se les preguntó ¿por qué creen que les sucedan estas cosas?, y se encontró que 100% de los grupos mencionó que se debían directamente al consumo de alcohol, por lo que los informantes entrevistados conocen las consecuencias negativas a las que conlleva el consumo de bebidas alcohólicas (Ver anexo II, tabla 23).

Al preguntar ¿qué enfermedades ocasiona el tomar bebidas alcohólicas?, los grupos mencionaron cirrosis hepática (40%) (en palabras de los informantes sería: *se acaba su hígado, del hígado*); hidropesía (38%) (*se les hinchan los pies, se les inflama la panza*); enfermedades del aparato digestivo (10%) (*les da cáncer en el estómago, vomitan sangre, se ponen amarillos*) y otras enfermedades (12%) (*diabetes, reumas, de la presión*) (Ver figura 13).

También se les preguntó a los grupos de informantes ¿con qué bebidas alcohólicas asocian estas enfermedades?; y respondieron que la cirrosis hepática se presenta por el consumo de destilados, la hidropesía por tomar pulque y para el resto de las enfermedades no hubo una respuesta (Ver anexo II tabla 25).

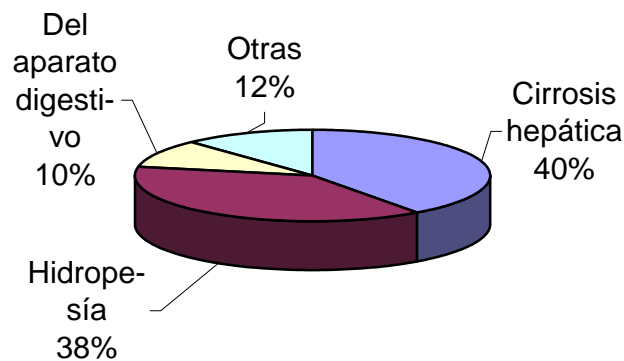


Figura 13. Enfermedades ocasionadas por tomar bebidas alcohólicas.

Al preguntar ¿cuántas personas consideran ustedes que mueren por problemas relacionados con el consumo de bebidas con alcohol?, más de la mitad de los grupos de informantes reportaron que son muchas las personas que fallecen (Ver figura 14).

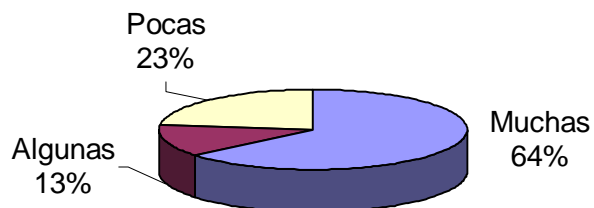


Figura 14. Muertes por el consumo de bebidas alcohólicas.

Al preguntar ¿de qué sexo son las persona que mueren por el consumo de bebidas alcohólicas?, la mayoría de los grupos (83%) respondió que son hombres y mujeres los

que fallecen por el consumo de alcohol, sin embargo hacen énfasis en que fallecen más hombres que mujeres; y un porcentaje menor (17%) mencionó que únicamente son hombres los que fallecen (Ver anexo II, tabla 27).

Para finalizar con este apartado, la figura 15 presenta la descripción que hacen los informantes de las personas que toman mucho.

Los grupos de informantes reportaron que se puede identificar a una persona que esta borracha o que tomó mucho, por su apariencia (40%) (en palabras de los informantes sería: *se ponen rojos, se bambolean, no caminan bien, huele a lo que hayan tomado, ojos rojos, es sucio*); por cambios al hablar (25%) (*hablan solos, hablan mucho, no hablan bien, no se les entiende al hablar*); porque se ponen violentos (17%) (*dicen groserías, discuten, pelean con los demás borrachos, ofenden a los demás*); por tener cambios en su estado emocional (9%) (*están alegres, viene enojado, se ríen solos, se ponen a llorar*); y por otras cosas (9%) (*se duermen, no quieren comer, manejan mal*).

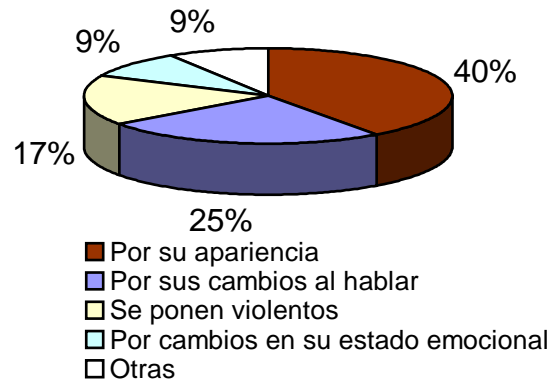


Figura 15. Cómo saben que una persona esta borracha.

1.4 Razones de consumo

Los grupos de informantes mencionaron que la gente toma bebidas embriagantes por necesidad física (48%) (en palabras de los informantes sería: *por costumbre, es un vicio que no pueden controlar, desde muy jóvenes empiezan a ingerir alcohol y de ahí agarran el vicio*); por su estado emocional (22%) (*porque están desesperados, por coraje, porque los dejó la novia o la mujer, por estar triste o feliz*); por influencia familiar (14%) (refiriéndose a *porque los papás toman, porque ven desde chiquitos que sus familiares toman*); por presión social (10%) (*para que no les digan evangelistas, para convivir con los amigos y quedar bien con los amigos*); por malestar físico (3%) (*para sentirse bien, tienen achaques*); y por falta de información (3%) (*falta de orientación, falta de comunicación*) (Ver figura 16).

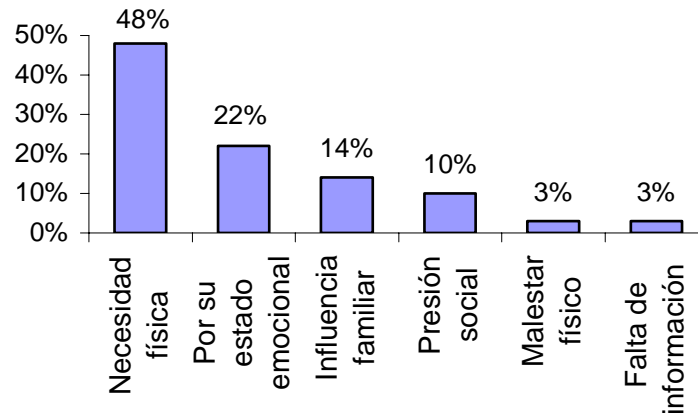


Figura 16. Por qué la gente toma bebidas alcohólicas.

1.5 Percepción del problema

Para este apartado se utilizó la siguiente viñeta:

Ahora les voy a contar la historia de una persona que toma cerveza, pulque u otra bebida embriagante que contiene alcohol. En algunas ocasiones no toma, pero cuando lo hace toma mucho, hasta sentirse mal, caerse o quedarse dormido. Al día siguiente no recuerda que hizo o se siente tan mal que no puede ir a trabajar hasta que vuelve a tomar. A veces esa persona hace cosas que no haría si no hubiera tomado, como pelearse con los hijos, con los hermanos, o con la esposa. Incluso tiene accidentes, como caídas o heridas por haber tomado mucho. Y aunque los demás le digan que ya no tome, él sigue tomando.

Después de leerle a cada uno de los grupos de informantes la viñeta, se les preguntó ¿ustedes conocen a personas como la de la historia?, y se obtuvo que el 100% de los grupos respondió que sí conocían a personas con estas características (Ver anexo II, tabla 30).

Posteriormente, a los informantes se les preguntó ¿qué edad tienen las personas que ustedes conocen?, y mencionaron que la mayoría de las personas que conocen tienen entre 20 y 60 años de edad y las que menos conocen entre 15 y 19 años de edad (Ver figura 17).

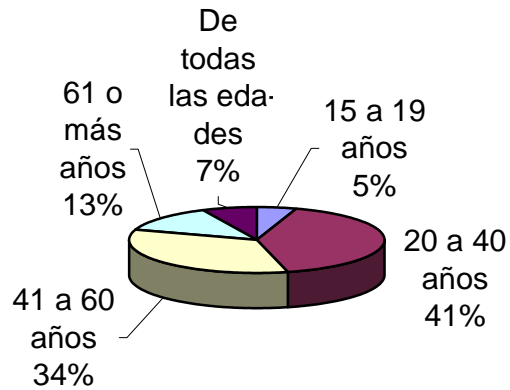


Figura 17. Edad que tienen las personas que toman como en la historia.

Al preguntar ¿de qué sexo son las personas que ustedes conocen?, la mayoría (67%) de los grupos de informantes indicó que eran tanto hombres como mujeres; y 33% mencionó que únicamente eran hombres (Ver anexo II, tabla 32).

Siguiendo con esta misma sección, los grupos de informantes reportaron que en un futuro, las personas que toman como en la historia morirán (45%) (en palabras de los informantes sería: *con el tiempo llega a morir, no tiene mucho tiempo de vida*); presentarán problemas de salud (39%) (*se va enfermar, cirrosis, les da hidropesía, el hígado se acabó*); y tendrán problemas familiares (16%) (*se destruye su hogar y después están viviendo solos, pleitos en la familia, se queda solo, abandonado y es rechazado*). Es importante mencionar, que anteriormente ya se había reportado que es muy frecuente que las personas mueran por el consumo de alcohol y esa información se puede corroborar en la siguiente figura.

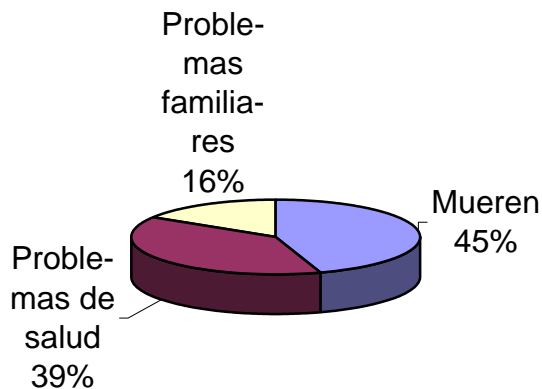


Figura 18. Qué pasará con las personas que toman como en la historia.

De los términos que se utilizan para nombrar a las personas que toman bebidas embriagantes, los grupos de informantes mencionaron con un 39% borracho o Tixfani³; 23% alcohólico(a); con un mismo porcentaje (23%) les dicen de otra forma (en palabras

³ Tixfani significa borracho en Otomí.

de los informantes sería: *enfermos del alcohol, vicioso, briago, tomador*) y por último, un 15% reportó que les llaman teporochos (Ver figura 19).

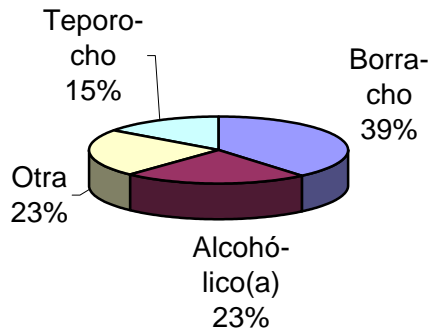


Figura 19. Cómo les dicen a las personas que toman como en la historia.

Para concluir con este apartado, en la figura 20 se muestra que los grupos de informantes consideran que se ha incrementado ligeramente el consumo de bebidas embriagantes durante el último año.

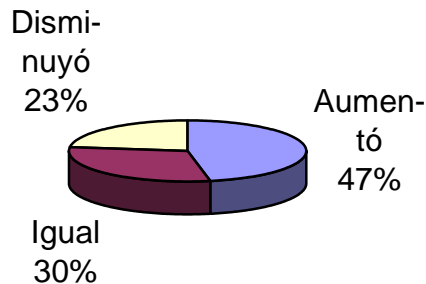


Figura 20. Percepción del consumo de bebidas alcohólicas en el último año.

1.6 Disposición de los habitantes hacia el desarrollo de medidas de prevención y tratamiento

Este último apartado, tiene la finalidad de mostrar las alternativas de tratamiento y soluciones para el consumo de bebidas embriagantes, reportadas por los grupos de informantes.

Es importante resaltar que poco más de la mitad de los grupos de informantes creen que las personas sí pueden dejar de tomar (Ver figura 21).

Al preguntar las razones por las que sí podrían dejar de tomar, los grupos e informantes señalaron lo siguiente: *para cuidar su vida, para que la respeten sus hijos, llevándolos a orientación como A.A., porque tienen apoyo de sus familiares, si ellos se lo proponen si.* Y las razones por las cuales no podrían dejar de tomar fueron: *ya casi la sangre es puro alcohol y por eso es difícil, cada vez quieren más y más alcohol, porque ya están acostumbrados, porque han tomado desde niños, acostumbraron a su cuerpo aunque sea a una gota de vino o cerveza y si no toman pues se sienten mal* (Ver anexo II, tabla 37).

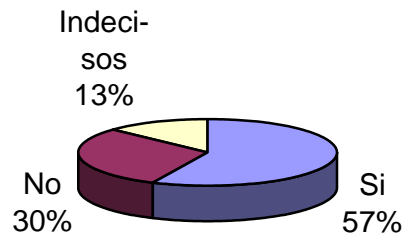


Figura 21. Las personas pueden dejar de tomar bebidas alcohólicas.

En todos los grupos de informantes (100%) mencionaron que la gente que toma bebidas alcohólicas, necesita ayuda y las razones que identificaron fueron: porque necesitan apoyo para solucionar el problema del consumo (en palabras de los informantes sería: *para que le orienten que las bebidas le afectan, ya se sale de control de ellos mismos y no razonan que el alcohol les hace daño, no se dan cuenta en lo que están cayendo*); para que cuiden su salud (*para que ellos estén bien de salud, para que no se enfermen*); y para mejorar su estilo de vida (*porque ellos mismos están acabando su vida, para que siga adelante*) (Ver anexo II, tabla 39).

Los grupos de informantes reportaron que las personas que toman bebidas embriagantes buscan ayuda de profesionistas (en palabras de los informantes sería: *con el médico, grupos de Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil*); de sacerdotes (*a la iglesia y hacen promesas a los santos, con sacerdotes*); se acerca con la familia (*ir con los familiares principalmente; y los familiares pues tratan de curarlo*); y acuden con otros (*delegado, curanderos o yerberos*) (Ver figura 22). Es importante resaltar que las personas acuden con los médicos, solamente cuando están muy enfermos o cuando presentan algún malestar físico grave.

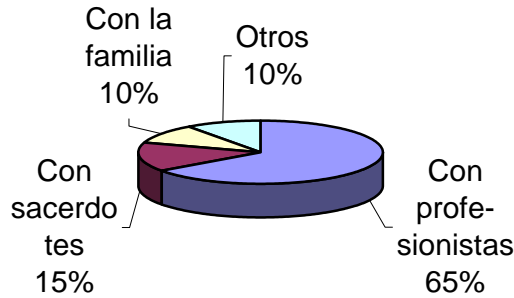


Figura 22. Con quién acuden las personas que toman bebidas alcohólicas.

Todos los grupos de informantes (100%) reportaron que sí se debe hacer algo para disminuir el consumo de alcohol en la comunidad y las razones que dieron fueron: para evitar las consecuencias que se presentan por el consumo (en palabras de los informantes sería: *para que no se enfermen y no siga muriendo la gente, para evitar enfermedades que ocasiona el alcohol, hay muchas mujeres que toman y por tomar ya no le dan de comer bien a sus niño*); y para evitar que los más jóvenes tomen (*por los niños de 14 años que ya empiezan a tomar mucho, porque los jóvenes se están dañando*) (Ver anexo II, tabla 42).

Como acciones sugeridas para disminuir el consumo de alcohol en la comunidad, los grupos de informantes mencionaron: prohibir la venta de éstas (65%) (en palabras de los informantes sería: *cerrar las fábricas, que ya no se venda vino, multarlos para que ya no sigan vendiendo*); dar pláticas a todas las personas (26%) (*darles pláticas a los que toman en una junta general, dar pláticas a los que venden, dar plática sobre alcoholismo por lo menos en la primaria o en la secundaria*); y por último sugirieron otras cosas (9%) como (*poner carteles o propagandas con reflexiones o con las consecuencias del consumo, que se les multe a los que toman diario*) (Ver figura 23).



Figura 23. Sugerencias para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

Para finalizar, se obtuvo que más de la mitad de los grupos (57%) respondió que las personas que toman bebidas embriagantes sí tendrían la disponibilidad para acudir a un programa de tratamiento en su comunidad, mientras que un menor porcentaje (33%) mencionó que no se presentarían a algún tipo de tratamiento (Ver figura 24).

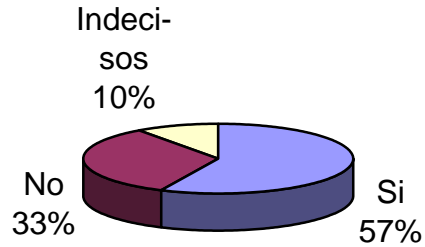


Figura 24. Asistirían a un programa de tratamiento.

Las razones por las que sí asistirían a un programa de tratamiento en su comunidad son: porque necesitan ayuda profesional (en palabra de los informantes sería: *para hacer conciencia de cuidarse, para que se den cuenta del problema que tienen, les interesaría escuchar que consecuencias trae el alcohol y la manera de cómo resolver el problema*) y para evitar los problemas relacionados con el consumo (*para mejorar la relación con su familia*). Y las razones por las que no asistirían a un programa de tratamiento son: *porque su vida es el pulque, porque el vicio a veces puede más, porque ellos piensan que están bien, porque son muy machistas y no quieren que los demás se enteren, ya tienen su vida acostumbrada a tomar* (Ver anexo II, tabla 45).

COMUNIDAD DE EL BOTHO

A continuación se muestran en gráficas de pastel y de barras, los resultados obtenidos en la comunidad de El Botho. En esta comunidad se integraron 14 grupos de informantes, con un total de 58 personas (6 hombres y 52 mujeres).

Para una mayor comprensión de los resultados, en el anexo III se mostrarán las frecuencias, los porcentajes y las categorías detalladamente. Así mismo en las tablas de este anexo se señala si los porcentajes son con base en el total de respuestas dadas por los grupos; o en base al total de los grupos (n=14).

Ante la pregunta ¿cuáles son los principales problemas de salud que se presentan en su comunidad?, se observó el mayor porcentaje en el consumo de alcohol (25%) (en palabras de los informantes sería: *toman mucho, alcoholismo, por la bebida, toman y se enferman*); y el menor porcentaje en las enfermedades gastrointestinales (7%) (*diarrea, dolor de estómago, vómito*). Con estos datos se puede afirmar que 2 de cada 10 informantes perciben el consumo de alcohol como un problema de salud en su comunidad (Ver figura 1).

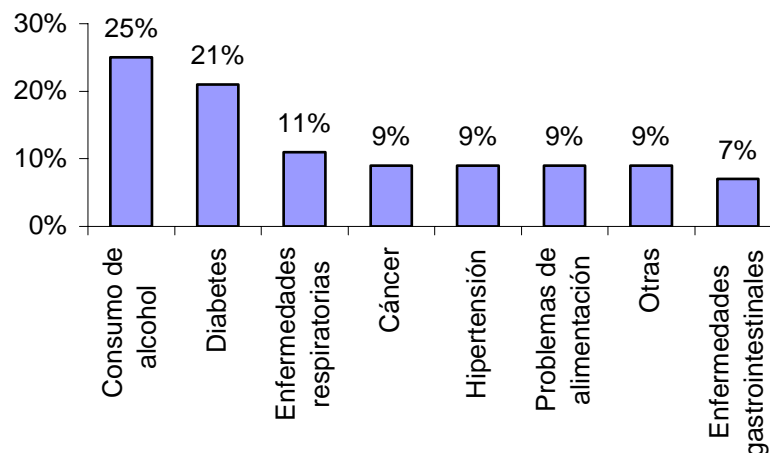


Figura 1. Principales problemas de salud en la comunidad.

2.1 Patrón de consumo

Para construir esta dimensión se consideraron tres aspectos: a) el tipo de bebidas con alcohol que consumen hombres y mujeres; b) la cantidad que beben y c) la frecuencia con que lo hacen.

a) Tipo de bebidas

De acuerdo a la percepción de los grupos de informantes, las bebidas embriagantes que consumen los hombres de la comunidad en orden de preferencia fueron: en primer lugar destilados, en segundo pulque, y en tercero cerveza. Llama la atención que estas tres bebidas fueron reportadas por todos los grupos, pero sólo uno mencionó que también consumen vino tinto (Ver anexo III, tabla 2 y 3).

En el caso de las mujeres, que son las que menos toman, las bebidas con alcohol que consumen en orden de preferencia son: en primer lugar pulque, en segundo cerveza y por último destilados. Hay que resaltar que no todos los grupos reportaron que las mujeres beben destilados, en tanto que el pulque y la cerveza, sí fueron mencionados por todos (Ver anexo III, tabla 4 y 5).

Los grupos de informantes mencionaron que en esta comunidad se consume aguardiente y mezcal, pero a todas estas bebidas comúnmente les llaman vino, alcohol del más corriente o del más barato; aunque en esta investigación las incluiremos en los destilados.

b) Cantidad de consumo

Las siguientes figuras muestran la percepción que tienen los grupos de informantes acerca de la cantidad de bebidas alcohólicas (pulque, cerveza y destilados) que se consumen por ocasión en la comunidad, así como la diferencia entre hombres y mujeres.

Con respecto al pulque, se puede observar que las mujeres consumen más que los hombres en el rango de menos uno hasta tres litros por ocasión, mientras que los hombres consumen más que las mujeres en el rango de cuatro a más de diez litros (Ver figura 2). Esto puede deberse a que los grupos de informantes reportaron que el pulque en ocasiones lo toman como agua de día.

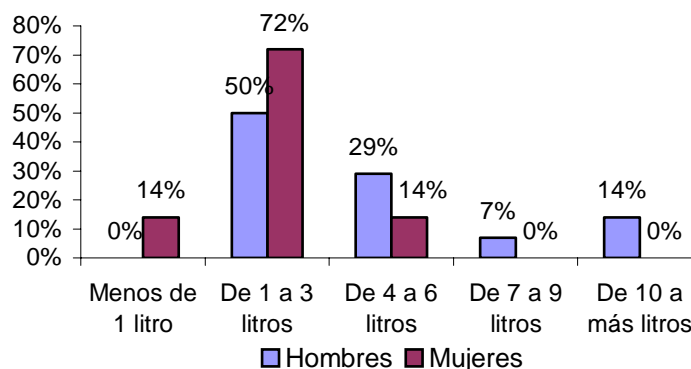


Figura 2. Cantidad de pulque que beben hombres y mujeres.

En la figura 3 se puede observar que las mujeres consumen más cerveza que los hombres en el rango de menos de una hasta dos caguamas por ocasión, mientras que los hombres consumen más que las mujeres en el rango de tres hasta seis caguamas.

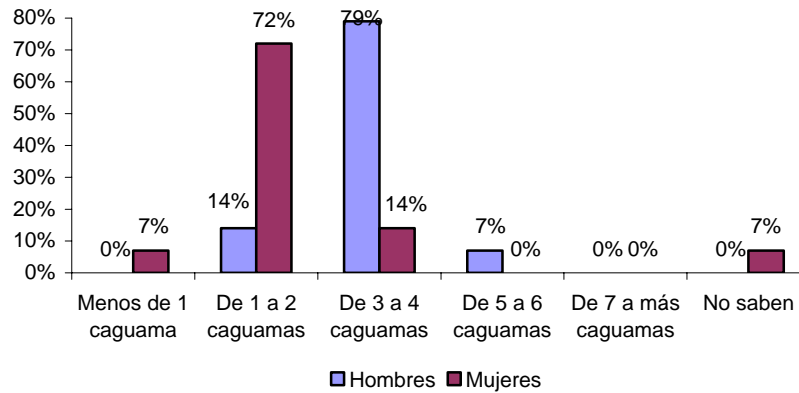


Figura 3. Cantidad de cerveza que beben hombres y mujeres.

Para los destilados, en el rango de 2 ½ a 5 copas estándar por ocasión, las mujeres toman más que los hombres, mientras que en el rango de 5 ½ a 12 copas estándar por ocasión beben más los hombres que las mujeres (Ver figura 4).

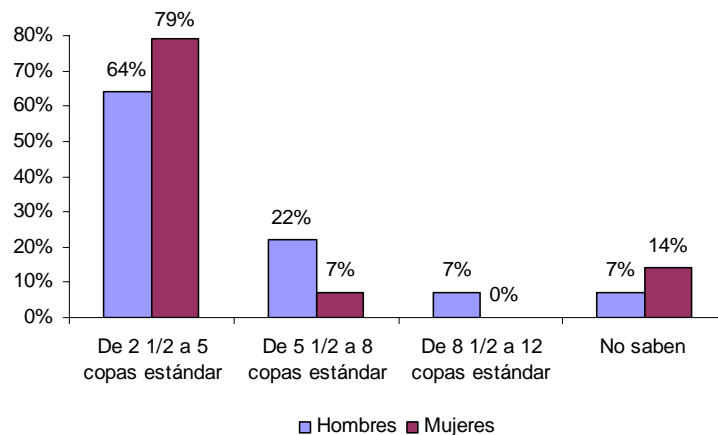


Figura 4. Cantidad de destilados que beben hombres y mujeres.

Cabe mencionar que los grupos de informantes reportaban las cantidades de destilado de acuerdo a como lo consumían en la comunidad (en vasos), pero para fines de esta investigación se realizó la conversión a copa estándar.

c) Frecuencia de consumo

Para la pregunta ¿cuándo toman bebidas alcohólicas los hombres y mujeres?, la mayoría de los grupos reportaron que diario toman alguna o todas las bebidas antes mencionadas. Por lo que la cantidad y frecuencia de consumo es alta en esta comunidad (Ver figura 5).

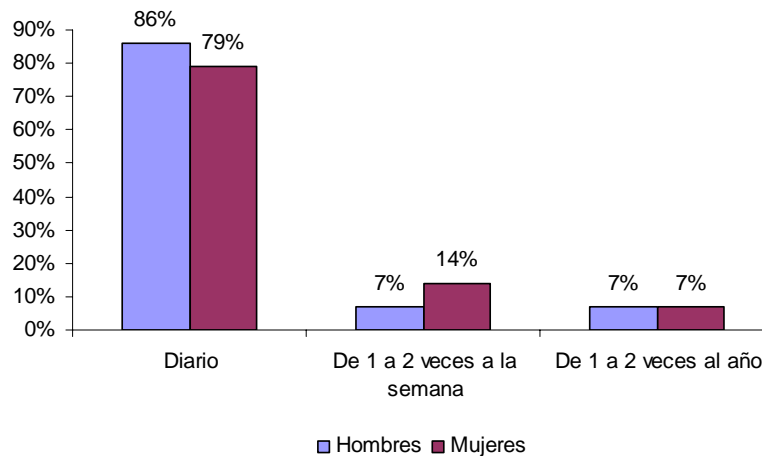


Figura 5. Cuándo toman bebidas alcohólicas hombres y mujeres.

2.2 Situaciones de consumo

En este apartado se analizan las situaciones en las que se da el consumo de bebidas alcohólicas como son las situaciones sociales, los lugares, las personas, las actividades y el momento del día en el que se consumen las bebidas embriagantes, así como el modo de obtención de éstas.

Para dar inicio con este apartado se preguntó a los grupos de informantes ¿existe un día de la semana, en el que prefieran tomar bebidas con alcohol?, obteniendo que más de la mitad de los grupos (57%) opinó que no existe un día preferido para tomar, ya que la mayoría bebe diario; mientras que el resto de los grupos (43%) consideró que sí hay días preferidos para tomar (Ver anexo III, tabla 14).

A los grupos de informantes que respondieron que sí existían días preferidos para tomar se les preguntó ¿cuáles son estos días?, y se obtuvo que 83% mencionaron fines de semana (en palabras de los informantes sería: *sábados* y *domingo*) y sólo 17% reportó que consumían entre semana (*martes*) (Ver anexo III, tabla 15).

Los grupos de informantes opinaron que los principales eventos en los que se consumen bebidas embriagantes son en fiestas particulares (41%) (en palabras de los informantes sería: *convivios, bautizos, cumpleaños, bodas, primera comunión, XV años*). Seguidas por fiestas patronales (35%) (*19 de marzo San José, 15 de agosto Señor de Jalpa, fiesta de octubre*); fiestas decembrinas (18%) (*festejar navidad, año nuevo, fin de año, posadas, diciembre*) y por último eventos escolares (6%) (*clausuras, graduaciones*). Por lo que cualquier ocasión, parece ser motivo de consumo de alcohol (Ver figura 6).

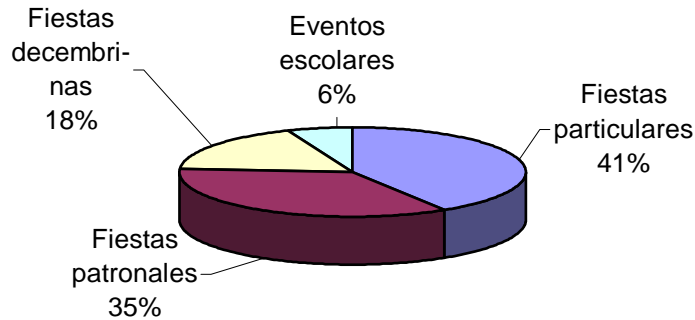


Figura 6. Eventos en los que se consumen bebidas alcohólicas.

La figura 7 muestra los lugares donde las personas tienden a tomar bebidas embriagantes. Los grupos de informantes señalaron las tiendas (39%) como el principal lugar en el que se bebe, especialmente destilados y cerveza (en palabras de los informantes sería: *en las tiendas cuando se les antoja*). Seguidas en menor porcentaje, por consumo en su casa (22%) (*en la casa, van a su casa*); en pulquerías (20%) (*pulquería, casa donde se vende pulque*); en el campo (11%) (*en la milpa, campo*); y en otros lugares (8%) (*en el tianguis los lunes, a orillas de las carreteras o camino*). Es necesario señalar que cuando los grupos hacen mención a las pulquerías, se refieren a los patios de las casas en donde las personas toman o compran el pulque.

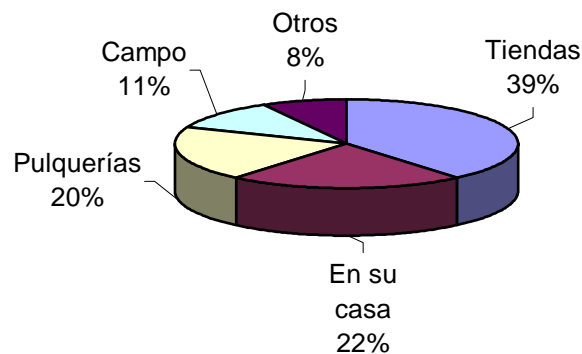


Figura 7. Lugares en donde se consumen las bebidas alcohólicas.

Los grupos de informantes mencionaron que las personas toman bebidas embriagantes, acompañadas principalmente de sus amigos (39%), con sus familiares (36%) (en palabras de los informantes sería: *con su pareja, con los hijos, con los hermanos, con los primos*); y con otros (25%) (*compadres, solos*) (Ver figura 8).

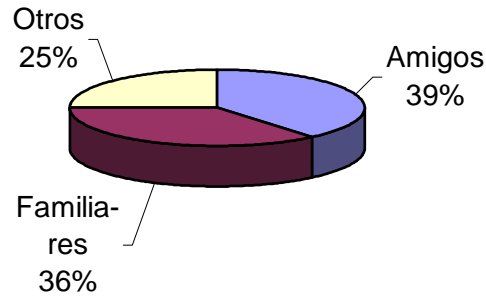


Figura 8. Personas con las que consumen bebidas alcohólicas.

Dentro de las actividades que realizan las personas cuando están tomando bebidas alcohólicas, encontramos: platicando (40%) (en palabras de los informantes sería: *empiezan platicando, platican sus historias*); trabajando (27%) (*en el campo, en la milpa*); después de jugar básquetbol (23%) (*juegan básquet, después de jugar básquet*) y jugando juegos de mesa (10%) (*domino, baraja*) (Ver figura 9).

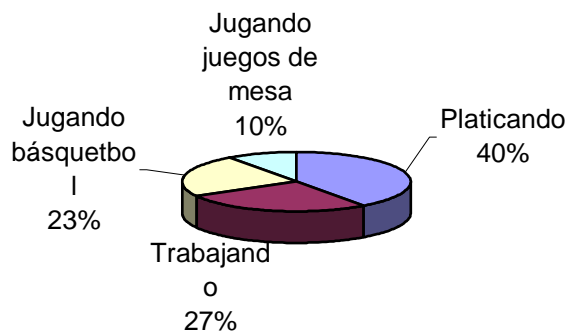


Figura 9. Actividades que realizan cuando toman bebidas embriagantes.

Los grupos de informantes reportaron que el momento del día en que toman bebidas alcohólicas es en la mañana (48%) (En palabras de los informantes sería: *mañana, para el desayuno, para el almuerzo*); en la tarde (33%) (*tarde, a medio día, para la comida*); y en la noche (19%) (*noche, para la cena*) (Ver figura 10). Es importante señalar que los informantes no manejan el concepto de tiempo basado en horas, sino lo hacen con relación a las actividades que realizan, por ejemplo en el desayuno, en la comida, etc.; por lo que su noción de tiempo es diferente.

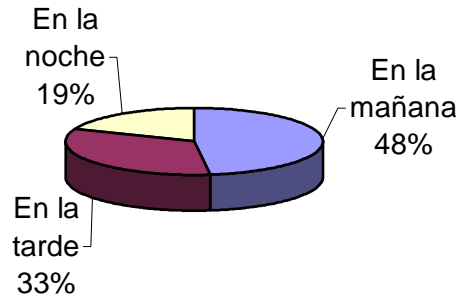


Figura 10. Momento del día en que toman bebidas alcohólicas.

Para finalizar con el apartado de situaciones de consumo, se observó que más de la mitad de los grupos de informantes reportaron que las personas consiguen las bebidas embriagantes comprándolas (52%) (en palabras de los informantes sería: *compran, en tiendas, pulquerías*); una tercera parte mencionó que se las invitan (30%) (*en el trabajo, cuando se juntan con los amigos*) y el resto de los grupos opinó que producen exclusivamente el pulque (18%) (*lo hacen en sus casas, las raspan*). Hay que señalar que los informantes mencionaron que cuando les dan las bebidas alcohólicas en su trabajo, éstas no son parte de su salario, sino es un obsequio de la persona que los contrata (Ver figura 11).

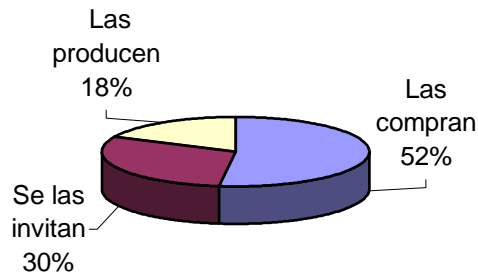


Figura 11. Cómo consiguen las bebidas alcohólicas.

2.3 Consecuencias asociadas al consumo

En este apartado se analiza la percepción que tienen los informantes sobre las cosas que les ocurren a las personas que toman, cuántas personas mueren, qué enfermedades ocasiona el tomar bebidas embriagantes y cómo saben que una persona está borracha.

Al preguntar ¿qué cosas les ocurren a las personas cuando toman bebidas con alcohol?, los grupos de informantes mencionaron problemas de salud (31%) (en palabras de los informantes sería: *se enferman, cirrosis, se hinchan del estómago o hidropesía, se enferman del hígado y del corazón, les duele el estómago*); accidentes (26%) (*cuando maneja la bicicleta se cae, se pegan, chocan, atropellan gente, cuando camina no se fija*

y se cae, se lastiman); violencia (20%) (se alborotan y se pelean, discute con los amigos, se pelean entre amigos); problemas familiares (15%) (le pega a sus hijos, no hace de comer a sus hijos, le pega a su mujer, se pelean con la esposa, los maldice a su familia); y mueren (8%) (se mueren, mueren jóvenes, fallecen) (Ver figura 12).

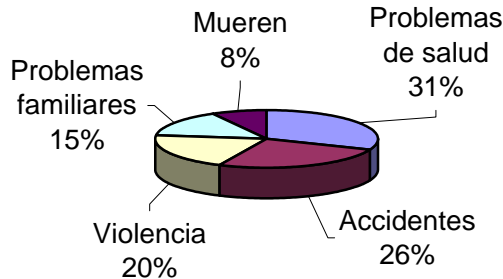


Figura 12. Cosas que les ocurren cuando toman bebidas alcohólicas.

Para saber si los grupos de informantes asociaban dichas consecuencias con el consumo de bebidas alcohólicas, se les preguntó ¿por qué creen que les sucedan estas cosas?, y se encontró que 71% de los grupos indicó que se deben directamente al consumo de alcohol y 29% restante mencionó que se debían indirectamente al consumo. Por indirectamente, nos referimos a que las consecuencias están más relacionadas a aspectos psicológicos y estilos de vida que al propio consumo de alcohol (Ver anexo III, tabla 23).

Al preguntar ¿qué enfermedades ocasiona el tomar bebidas alcohólicas?, los grupos mencionaron cirrosis hepática (34%) (en palabras de los informantes sería: *se acaba su hígado, del hígado*); hidropesía (34%) (*se hinchan los pies, se hinchan o inflama el estomago, se hincha la cara, las manos*); enfermedades del aparato digestivo (16%) (*dolor de estómago, vomitan sangre, tienen mal aliento*) y otras enfermedades (16%) (*diabetes, van perdiendo la vista, anemia y desnutrición*) (Ver figura 13).

También se les preguntó a los grupos de informantes ¿con qué bebidas alcohólicas asocian estas enfermedades?; y respondieron que la cirrosis hepática se presenta por el consumo de destilados, la hidropesía por tomar pulque y para el resto de las enfermedades no hubo una respuesta (Ver anexo III tabla 25).

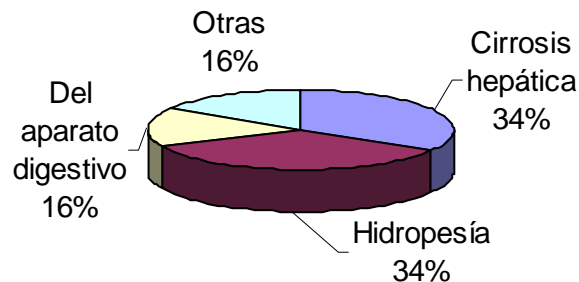


Figura 13. Enfermedades ocasionadas por tomar bebidas alcohólicas.

Al preguntar ¿cuántas personas consideran ustedes que mueren por problemas relacionados con el consumo de bebidas con alcohol?, más de tres cuartas partes de los grupos de informantes reportaron que son muchas las personas que fallecen (Ver figura 14).

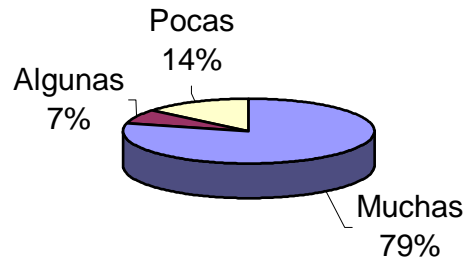


Figura 14. Muertes por el consumo de bebidas alcohólicas.

Al preguntar ¿de qué sexo son las persona que mueren por el consumo de bebidas alcohólicas?, la mayoría de los grupos (93%) respondió que son hombres y mujeres los que fallecen por el consumo de alcohol; y un porcentaje menor (7%) mencionó que únicamente son hombres los que fallecen (Ver anexo III, tabla 27).

Para finalizar con este apartado, la figura 15 presenta la descripción que hacen los informantes de las personas que toman mucho.

Los grupos de informantes reportaron que se puede identificar a una persona que esta borracha o que tomó mucho, por su apariencia (36%) (en palabras de los informantes sería: *tienen ojos rojos, se pone roja la cara, caminan de lado, van viboreando o tambaleando*); porque se ponen violentos (20%) (*maldicen, cree que tiene fuerza para golpear a otra persona, les pega a hijos y esposa*); por cambios al hablar (18%) (*no se le entiende, no habla bien, no sabe lo que dice*); por tener cambios en su estado emocional (18%) (*esta feliz, son chistosos, chillan*); y por otras cosas (8%) (*porque conocen a la persona o por quedarse dormido en algún lugar*).

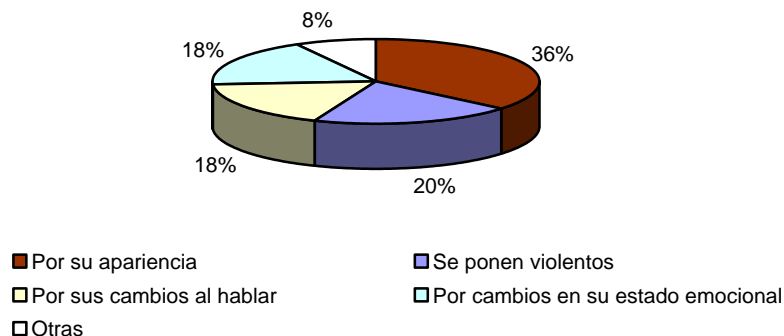


Figura 15. Cómo saben que una persona esta borracha.

2.4 Razones de consumo

Los grupos de informantes mencionaron que la gente toma bebidas embriagantes por necesidad física (39%) (en palabras de los informantes sería: *porque están acostumbrados, es una necesidad, su cuerpo se lo pide*); por su estado emocional (18%) (*porque se sienten solos, por preocupaciones, para relajarse*); por problemas (18%) (*problemas familiares, problemas sociales, problemas económicos*); por influencia familiar (14%) (*sus papás le enseñaron a tomar así, porque su mamá o su papá han consumido y ellos también*); por malestar físico (7%) (*cuando hace frío con el vino se calientan, para curarse*); y por falta de información (4%) (*falta de educación o no saben el daño que les causa el alcohol*) (Ver figura 16).

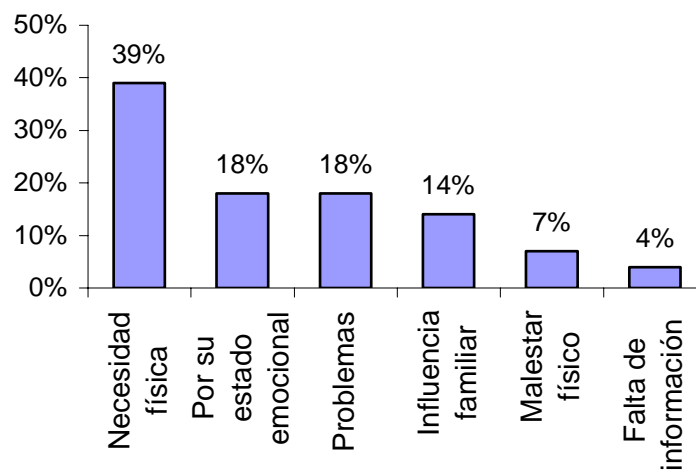


Figura 16. Por qué la gente toma bebidas alcohólicas.

2.5 Percepción del problema

Para este apartado se utilizó la siguiente viñeta:

“Ahora les voy a contar la historia de una persona que toma cerveza, pulque u otra bebida embriagante que contiene alcohol. En algunas ocasiones no toma, pero cuando lo hace toma mucho, hasta sentirse mal, caerse o quedarse dormido. Al día siguiente no recuerda que hizo o se siente tan mal que no puede ir a trabajar hasta que vuelve a tomar. A veces esa persona hace cosas que no haría si no hubiera tomado, como pelearse con los hijos, con los hermanos, o con la esposa. Incluso tiene accidentes, como caídas o heridas por haber tomado mucho. Y aunque los demás le digan que ya no tome, él sigue tomando”.

Después de leerle a cada uno de los grupos de informantes la viñeta, se les preguntó ¿ustedes conocen a personas como la de la historia?, el 86% de los grupos respondió que sí conocían a personas con estas características y sólo el 14% mencionó que no conocían a nadie (Ver anexo III, tabla 30).

Posteriormente, a los informantes se les preguntó ¿qué edad tienen las personas que ustedes conocen?, y mencionaron que la mayoría de las personas que conocen tienen entre 20 y 60 años de edad (Ver figura 17).

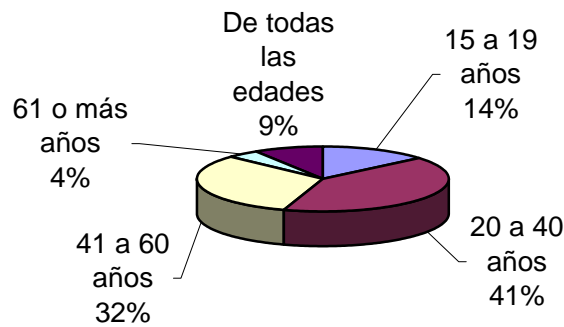


Figura 17. Edad que tienen las personas que toman como en la historia.

Al preguntar ¿de qué sexo son las personas que ustedes conocen?, la mayoría (75%) de los grupos de informantes indicó que eran tanto hombres como mujeres; y 25% mencionó que únicamente eran hombres (Ver anexo III, tabla 32).

Siguiendo con esta misma sección, los grupos de informantes reportaron que en un futuro, las personas que toman como en la historia morirán (41%) (en palabras de los informantes sería: *piensa en morirse con su alcohol, no le espera nada en el futuro*); presentarán problemas de salud (33%) (*se enferman, se les acaba su hígado*); presentarán problemas familiares (19%) (*los dejan sus familiares, puede abandonar a su familia, le pega a su familia, también empieza a tomar la pareja*); y aumentarán su consumo (7%) (*se vuelve alcohólico, toman mucho, siguen con su vicio*). Es importante mencionar, que anteriormente ya se había reportado que es muy frecuente que las personas mueran por el consumo de alcohol y esa información se puede corroborar en la siguiente figura.

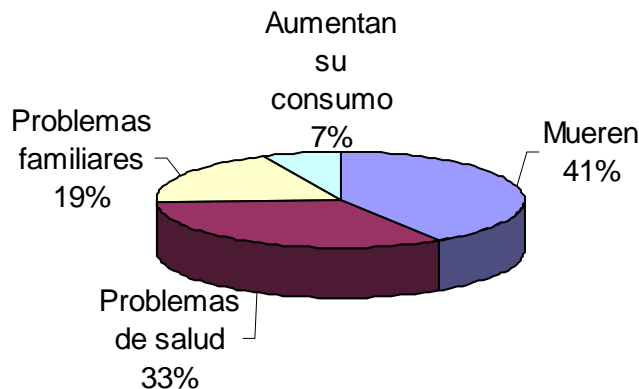


Figura 18. Qué pasará con las personas que toman como en la historia.

De los términos que se utilizan para nombrar a las personas que toman bebidas embriagantes, los grupos de informantes mencionaron con un 43% borracho o Tixfani⁴; 15% alcohólicos; con un mismo porcentaje les llaman teporochos (15%); también les dicen de otra forma (15%) (En palabras de los informantes sería: *vicioso, pachi pachi, juare, cusco*); y por último un 12% reportó que les llaman por su nombre propio (Ver figura 19).

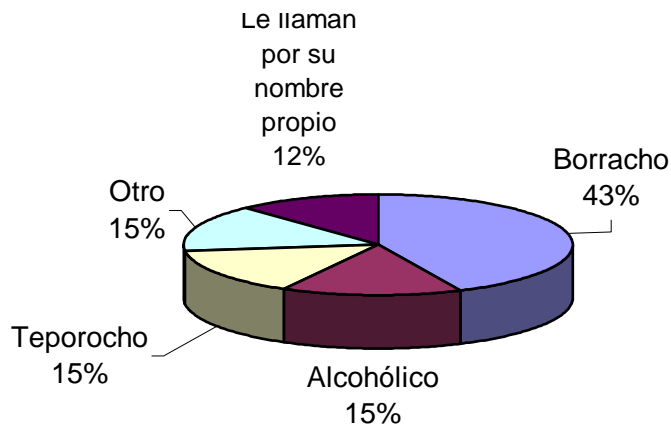


Figura 19. Cómo les dicen a las personas que toman como en la historia.

Para concluir con este apartado, en la figura 20 se muestra que los grupos de informantes mencionaron con un 36% que aumentó el consumo de bebidas alcohólicas en la comunidad en el último año, pero también con un mismo porcentaje (36%) mencionan que sigue igual. Por lo tanto, podemos observar que no existe una percepción predominante en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas en el último año.

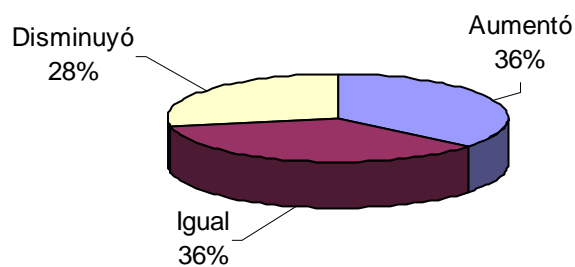


Figura 20. Percepción del consumo de bebidas alcohólicas en el último año.

⁴ Tixfani significa borracho en Otomí.

2.6 Disposición de los habitantes hacia el desarrollo de medidas de prevención y tratamiento

Este último apartado, tiene la finalidad de mostrar las alternativas de tratamiento y soluciones para el consumo de bebidas embriagantes, reportadas por los grupos de informantes.

El 43% de los grupos reportó que las personas que toman mucho si pueden dejar de hacerlo; mientras que otro 43% mencionó que no se puede dejar de tomar bebidas alcohólicas. Por lo que no existe una respuesta predominante (Ver figura 21).

Al preguntar las razones por la que sí podrían dejar de tomar, los grupos de informantes señalaron lo siguiente: *porque ellos quieren dejar de hacerlo, para cuidarse y no tener enfermedades, por su familia*. Y las razones por las cuales no podrían dejar de tomar fueron: *porque las personas ya están muy acostumbradas, toda su vida han tomado, ya es un vicio, están enfermos, es una adicción*. (Ver anexo III, tabla 37).

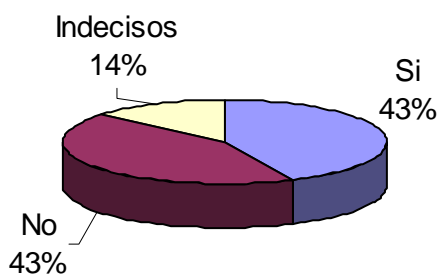


Figura 21. Las personas pueden dejar de tomar bebidas alcohólicas.

En todos los grupos de informantes (100%) se mencionó que la gente que toma bebidas alcohólicas, necesita ayuda y las razones que identificaron fueron: *porque necesitan apoyo para solucionar el problema del consumo (en palabras de los informantes sería: necesitan platicar, tienen un problema que no pueden resolver solos, no tienen esa capacidad de platicar con alguien o preguntarles, se sienten frustrados)*, *para que cuiden su salud (para que este bien de salud, para que no se enfermen)* y *para mejorar su estilo de vida (para que vivan bien, para que se motiven, para que le levanten la autoestima)* (Ver anexo III, tabla 39).

Los grupos de informantes reportaron que las personas que toman bebidas embriagantes buscan ayuda de profesionistas (en palabras de los informantes sería: *con el médico y grupos de Alcohólicos Anónimos*), *no van con nadie (no acuden con nadie)*; y *se acerca a su familia (con los hijos, les prometen que ya no van a tomar, con su familia)* (Ver figura 22). Es importante resaltar que las personas acuden con los médicos, solamente cuando ya están enfermos o cuando presentan algún malestar físico grave.

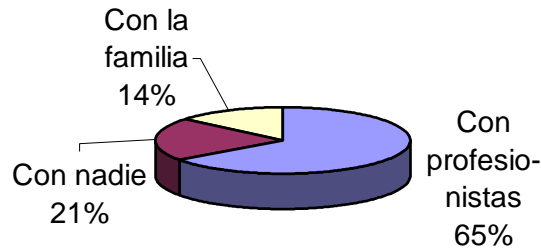


Figura 22. Con quién acuden las personas que toman bebidas alcohólicas.

Todos los grupos de informantes (100%) reportaron que sí se debe hacer algo para disminuir el consumo de alcohol y las razones que dieron fueron: para evitar las consecuencias que se presentan por el consumo (en palabras de los informantes sería: *porque no cuidan su dinero que les mandan sus hijos, para que ya no haya enfermos, para evitar los accidentes y maltratos, para que ya no allá más muertes*) y otras (*porque hay unas personas que si pueden entender y dejar de beber, para que los más jóvenes no tomen*) (Ver anexo III, tabla 42).

Como acciones sugeridas para disminuir el consumo de alcohol en la comunidad, los grupos de informantes reportaron: prohibir la venta (60%) de éstas (en palabras de los informantes sería: *ya no vender en las tiendas, evitar vender del más corriente, evitar vender a menores, no vender aguardiente y pulque, que se haga una orden para no vender (un oficio)*); se deben de dar pláticas a todas las personas (35%) (*que vinieran de alcohólicos anónimos a dar pláticas, hacerle ver que se va a morir con el tiempo, hacer una campaña para ver los efectos y los daños que causa el alcohol*) y por último sugirieron que se debe de trabajar con la familia de los que consumen (5%) (*que alguien hablara con su familia para que ya no tomen, que su familia hable con ellos*) (Ver figura 23).

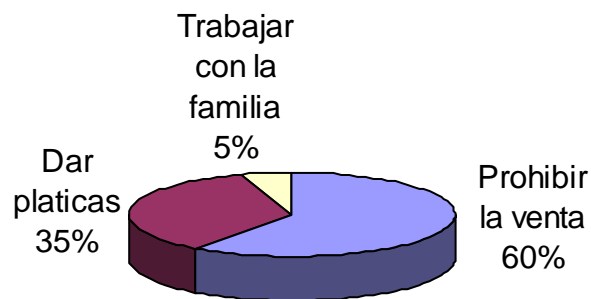


Figura 23. Sugerencias para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

Para finalizar, se obtuvo que la mayoría de los grupos de informantes (86%) respondió que las personas que toman bebidas embriagantes sí tendrían la disponibilidad para acudir a un programa de tratamiento en su comunidad, mientras que sólo 14% mencionó que no se presentarían a algún tipo de tratamiento (Ver figura 24).

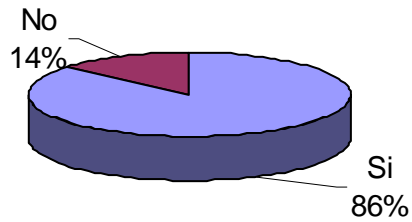


Figura 24. Asistirían a un programa de tratamiento.

Las razones por las que sí asistirían a un programa de tratamiento en su comunidad son: porque necesitan ayuda profesional (en palabra de los informantes sería: *les serviría una terapia, porque necesitan ayuda, para que se den cuenta del problema que tienen, se puede salir a delante en su juicio y no borracha*); porque evitarían los problemas relacionados con el consumo (*se evitaría el maltrato a los niños, para que cuide a sus hijos, por su salud de ellos, para estar bien de salud*); porque tendrían el apoyo de su familia (*la familia lo traiga, es difícil pero si uno insiste e insiste a la mejor si, vendrían los que tengan familia y les pidieran que vaya*) y porque va estar en la comunidad el programa de tratamiento. Y las razones por las que no asistirían a un programa de tratamiento son: *porque ellos no aceptan que están enfermos, porque no quieren dejar la bebida, ellos piensan que mejor que vivan así* (Ver anexo III tabla 45).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En este apartado se presenta la discusión general de lo encontrado en esta investigación, con base en lo reportado por los grupos de informantes. La discusión incluirá: la comparación entre las dos comunidades estudiadas (Ver anexo IV) y las conclusiones finales a las que se llegaron; así como las limitaciones encontradas durante la realización de este estudio y sugerencias para futuras investigaciones.

DISCUSIÓN SOBRE LAS COMUNIDADES

Las comunidades de San Nicolás y El Botho presentan características físicas y sociales diferentes; sin embargo la percepción del consumo de alcohol es similar entre ellas sin ser idéntica; por lo que las diferencias entre ambas serán mencionadas durante la discusión.

La ENA 2002 (Medina-Mora et al., 2002), es la primer Encuesta Nacional de Adicciones que presenta datos acerca del patrón de consumo de alcohol en zonas rurales. En ésta se reporta que la cantidad modal de consumo para las mujeres rurales es de 1 a 2 copas por ocasión, mientras que para los varones rurales es de 5 a 7 copas. Alrededor del 3% de la población urbana de 18 a 65 años ingieren bebidas alcohólicas diariamente y tasa similares se han encontrado en la población rural. Y que el pulque, es la bebida de preferencia entre la población rural, con un índice de consumo seis veces superior en poblaciones de menos de 2 500 habitantes.

En las comunidades de San Nicolás y El Botho, los informantes perciben que las tres principales bebidas que se consumen son el pulque, los destilados y la cerveza. De estas tres bebidas, el pulque es el que más se consume y prefieren, esto coincide con lo reportado por la ENA 2002 (Medina-Mora et al., 2002) y por varios autores que han realizado investigaciones en zonas rurales como García, C. (2002); Narro-Robles et al. (2001); Tapia-Conyer (2001); Medina-Mora (1999) y Natera (1987). El gusto por el pulque en estas dos comunidades, posiblemente se debe a que actualmente sigue siendo una bebida tradicional en el Valle del Mezquital por lo que las personas lo toman como “agua de día” ya que su precio es de dos a tres pesos por litro; esto conlleva a que el pulque sea una bebida sumamente accesible. La preferencia por el pulque en las comunidades estudiadas, se nota tanto en hombres como en mujeres, aunque consuman en cantidades diferentes, ya que ellas beben menos que los hombres; esto coincide con lo reportado por la ENA 2002 (Medina-Mora et al., 2002), en donde se muestra que con respecto al pulque los hombres beben más que las mujeres.

En las dos comunidades, los destilados (el mezcal y el aguardiente) los consumen hombres y mujeres; sin embargo los varones prefieren más estas bebidas y también son los que se exceden en la cantidad de consumo; esto coincide con lo encontrado en la ENA 2002 (Medina-Mora et al., 2002) y en una zona rural del estado de Michoacán, en donde las mujeres consumen en menor cantidad los destilados (Medina-Mora, Rascón, García y Ezbán, 1986). Una diferencia entre ambas comunidades, es que únicamente en San Nicolás, aparte del mezcal y el aguardiente, se consume tequila, brandy y bebidas preparadas como New Mix o Caribe Cooler; esto puede deberse a que San Nicolás es una comunidad que recibe mayor influencia de las costumbres y publicidad urbana, debido a su localización, por lo que probablemente va adquiriendo cada vez más características y costumbres de las zonas urbanas.

La ENA 2002 (Medina-Mora et al., 2002) reporta que la cerveza es la bebida de preferencia y que los hombres la beben con más frecuencia. Sin embargo en la comunidad de San Nicolás y El Botho no ocurre esto, ya que según la percepción de los informantes, los hombres primero prefieren consumir pulque y destilados y por último beben cerveza. Con respecto a las mujeres, la primer bebida que prefieren consumir es el pulque, y la segunda bebida es la cerveza.

En general, en ambas comunidades, la cantidad que se consume de cerveza es menor en comparación con el pulque y los destilados, ya que de acuerdo con la percepción de los informantes es más cara y la toman cuando ya no hay pulque o durante las fiestas en las cuales la regalan. Probablemente en estas comunidades, aún no se observa el desplazamiento del pulque por la cerveza como ha ocurrido en otras comunidades rurales.

Con respecto al consumo de alcohol de 96°, únicamente fue reportado en la comunidad de San Nicolás y sólo lo toman algunos hombres. Probablemente lo ingieren las personas que presentan dependencia al alcohol, ya que tiene un bajo costo económico, lo que facilita su acceso. Esto concuerda con lo encontrado por Medina-Mora, et. al. (1986), en una comunidad del Estado de Michoacán en donde el alcohol de 96° es otra alternativa de consumo, ya que es muy accesible por su bajo precio (aproximadamente una quinta parte del precio de otras bebidas).

El consumo de vinos de mesa no es común en esta región; ya que el vino tinto sólo fue mencionado por un grupo de informantes en la comunidad de El Botho, cuyos integrantes eran personas que habían estudiado carreras profesionales en otro estado de la República y que migraron a Estados Unidos.

En el patrón de consumo, también se considera la frecuencia con que se toman bebidas alcohólicas, y se encontró que en estas comunidades es muy elevada, ya que de acuerdo a la percepción de los informantes la mayoría de las personas toma diario, mínimo alguna de las bebidas alcohólicas que se mencionaron o incluso toman el pulque, los destilados y la cerveza en un mismo día. Esto es contrario a lo reportado por la ENA 2002 (Medina-Mora et al., 2002), ya que sólo alrededor del 3% de la población (urbana y rural) reporta ingerir alcohol diariamente.

Aunque en ambas comunidades se percibe que toman diario, hay días en que la gente se reúne a beber con más facilidad y por lo tanto el consumo de alcohol es más visible. Por ejemplo, en la comunidad de San Nicolás se bebe más los lunes, que es el día de tianguis o el día de pago, mientras que en El Botho se ingiere más los fines de semana. Todo esto concuerda con lo mencionado por Bunzel (1991); De Walt (1991); Medina-Mora, et. al. (1990); y con López y Natera (1989).

Tanto en la comunidad de San Nicolás como en El Botho, cualquier momento del día (mañana, tarde o noche) es propicio para beber; así como cualquier evento o reunión favorece el consumo de bebidas con alcohol; esto corresponde con lo encontrado por Polakoff y Vargas (2002); Mora (1992); Bunzel (1991); Madsen y Madsen (1991); Viqueira y Palerm (1991); López y Natera (1989); y Natera (1987).

Es importante señalar que en la comunidad de San Nicolás, aún se conserva la tradición de la mayordomía, que se hace presente durante las fiestas patronales, en las que hay un consumo masivo de charape (pulque con frutas) que casi siempre termina en una borrachera colectiva. Gálvez (2001), reporta que el consumo de alcohol juega un papel esencial en las fiestas del Santo Patrono. Natera (1982a), menciona que el consumo de alcohol es una forma de demostrar la devoción al santo. De la Fuente, J. (1991), encontró que en las zonas rurales durante las mayordomías se emborrachan centenares de personas de ambos sexos durante varios días. Y Berruecos (1989), señala que las fiestas religiosas son la ocasión propicia para el consumo excesivo. Por lo que podemos concluir, que el consumo de alcohol es bien aceptado durante las fiestas, ya que permite la cohesión e identidad social.

Así como cualquier momento del día y fiesta es adecuada para tomar bebidas alcohólicas, no hay un lugar específico para su consumo, pues se pueden tomar en tiendas, casas, en el campo e incluso hasta en la calle y en carreteras. Todo esto corresponde con lo reportado por la ENA 2002 (Medina-Mora et al., 2002) y De Walt (1991). Una diferencia entre ambas comunidades es que en San Nicolás existen establecimientos propiamente diseñados para beber como son las cantinas, mientras que en El Botho no existen estos establecimientos y probablemente esto se deba a las diferencias de urbanización que hay entre las dos comunidades.

En ambas comunidades, los informantes mencionaron que las actividades que se realizan cuando se consumen bebidas con alcohol son diversas, y pueden ir desde estar platicando, jugando, hasta trabajar. Esta última actividad es una diferencia muy importante entre las zonas urbanas y rurales, ya que en estas últimas de acuerdo con los informantes, los patrones que contratan a los jornaleros, son quienes les ofrecen la mayoría de las veces las bebidas alcohólicas; debido a que es costumbre que les den de comer y les inviten la bebida que ellos prefieran, y entre estas bebidas puede ser agua, pulque o cerveza. Este ofrecimiento no es parte de su salario y si a los jornaleros no se les cumple con esto, el patrón al siguiente día ya no tendrá gente que le trabaje en el campo. Esto es similar, a lo reportado por Natera (1987); y Natera, Renconco, Almendares, Rosovsky y Almedares (1983), ya que en las zonas rurales se acepta que se beba mientras se trabaja y es común que el patrón ofrezca pulque a los campesinos.

De acuerdo con lo anterior, podemos resaltar tres aspectos muy importantes: el primero es que en ambas comunidades el consumo de alcohol no es exclusivo de un sólo sexo, aunque sí existe una menor proporción de mujeres que toman en comparación con los hombres. La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (Medina-Mora et al., 2002) menciona que en la población rural hay 543,197 bebedores, es decir, 357,775 (18.9%) varones y 185,422 (9.9%) mujeres. De la Fuente, J. (1991) reportó que en zonas rurales los varones beben más que las mujeres. Berruecos (1989), encontró que entre los indígenas el consumo era más común entre los hombres que entre las mujeres. El segundo punto es que de acuerdo a la cantidad de consumo se encuentran diferencias por sexo, ya que los hombres beben más que las mujeres. Y el tercer aspecto es que tanto en San Nicolás como en El Botho hay una alta disponibilidad de las bebidas, lo que puede ocasionar que se incremente el consumo de alcohol.

Al igual que en otras investigaciones, en estas dos comunidades se encontró que los habitantes presentan gran cantidad de consecuencias, que tal vez se incrementan por la cantidad, frecuencia y por el tiempo que llevan consumiendo las diferentes bebidas. Las tres principales consecuencias que perciben los informantes en San Nicolás y El Botho son accidentes, problemas de salud y violencia. Esto corresponde con lo reportado por la ENA 2002 (Medina-Mora et al., 2002) ya que los problemas más frecuentes por el consumo de alcohol entre los hombres rurales son: iniciar una discusión o pelea con su esposa o compañera; tener problemas con las autoridades y el haber sido arrestados, estos problemas son menos frecuentes entre las mujeres. Madsen y Madsen (1991), mencionan que en Tepepan el consumo de alcohol incrementa la agresividad de las personas.

Una diferencia entre ambas comunidades, es que en San Nicolás se mencionaron con mayor porcentaje las consecuencias a corto plazo, como los accidentes y la violencia, y en esta comunidad todos los informantes perciben que las consecuencias ocurren por el consumo de alcohol. Mientras que en El Botho no ocurre esto, ya que las consecuencias que más se reportaron fueron a largo plazo, como los problemas de salud; y hay que resaltar que en esta comunidad existe una minoría de informantes que no perciben las consecuencias del consumo de alcohol, ya que perciben que todas estas consecuencias les ocurren por sus estados emocionales o por los estilos de vida; por lo que en El Botho se tendrá que trabajar o reforzar más la relación entre el consumo de alcohol y las consecuencias que presentan, para que decidan disminuir o eliminar su consumo; y no siga ocurriendo lo que menciona García, C. (2002), "Un problema que no se ve, es un problema que no existe".

Otras consecuencias que existen en San Nicolás y en El Botho, son los problemas económicos y los laborales. Con respecto a los problemas económicos, los informantes mencionaron que gastan una parte importante de su dinero en comprar bebidas con alcohol, ya sea para su consumo diario o para la realización de una fiesta particular o patronal, para esta última, mencionaron que tienen que trabajar durante todo el año para poder solventar los gastos de la fiesta. Los informantes perciben que los problemas laborales, se presentan por las faltas al trabajo (*hacer san lunes*) y por el descuento de esos días. Probablemente esto agrava los problemas económicos, ya que el dinero gastado en bebidas alcohólicas podría ser empleado en otras áreas como en salud, alimentación, educación, etc. Esto es similar a lo encontrado por Gálvez (2001); Narro-Robles et al. (2001); y Bunzel (1991).

Tanto en la comunidad de San Nicolás como en El Botho las principales enfermedades por el consumo de alcohol que perciben los informantes son: cirrosis hepática e hidropesía. Tapia-Conyer et al. (2001), reportan que en el Estado de Hidalgo, en 1993, la cirrosis hepática fue la segunda causa de muerte y que doce de los veinte municipios con las tasas más altas de mortalidad por cirrosis hepática se ubican en el Valle del Mezquital. También Narro-Robles et al. (1992), mencionan que los mayores índices de mortalidad se concentran en los estados productores de pulque, como Puebla, Tlaxcala, Estado de México, Distrito Federal e Hidalgo.

Con respecto a las enfermedades, llama la atención que los informantes mencionaron cirrosis hepática e hidropesía, que son conceptos utilizados principalmente por los médicos, y esto quizá se deba a que los grupos de salud del IMSS dan pláticas informativas en estas comunidades o que la mayoría ha conocido a personas que les diagnostican estas enfermedades. Además en ambas comunidades la cirrosis hepática la asocian con el consumo de pulque y la hidropesía con el aguardiente o mezcal, pero aún no logran entender por qué el pulque les hace daño, ya que es una bebida tradicional, que han consumido desde hace muchos años y que lo consideran menos fuerte y dañino que el aguardiente. Esto coincide con lo reportado por Calderón (1997), ya que la gente supone que las bebidas fermentadas son menos dañinas que los destilados, pero es preciso tomar en cuenta la frecuencia y la cantidad de consumo. Por lo que, en ambas comunidades se deben de dar más pláticas informativas, para aclarar las dudas que se tienen con respecto al consumo.

El fallecimiento de las personas como consecuencia del consumo de alcohol, se percibe poco en ambas comunidades. Sin embargo, cuando se pregunta directamente por la cantidad de personas que mueren por el consumo de alcohol, se menciona que son muchas y de ambos sexos, sin embargo los informantes reiteran que fallecen más hombres que mujeres; y esta diferencia podría deberse a que los hombres de estas comunidades beben más que las mujeres.

En las dos comunidades, las razones por las que se consumen bebidas alcohólicas, se pueden subdividir en tres grandes rubros: por dependencia al alcohol (en palabras de los informantes sería: *por costumbre, es un vicio que no pueden controlar*); por cambios en los estados emocionales (*para que se les olviden las penas, por coraje, porque ya no quieren vivir*) y por el contexto social en el que están inmersos (*falta de orientación, porque ven desde chiquitos que sus familiares toman*). Las razones de consumo mencionadas corresponden con lo encontrado en diversas investigaciones, ya que la ENA (Medina-Mora et al., 2002) señala que el primer lugar de dependencia al alcohol lo ocupan los hombres de las zonas rurales. Con respecto a los estados emocionales, De Walt (1991) menciona que en Temascalcingo los habitantes se sienten frustrados por su estilo de vida y por esto el consumo de alcohol lo toman como un escape. Kearney (1991) reporta que en Ixtepeji la ingesta de alcohol es un vehículo para alcanzar la felicidad y alejar la tristeza. Viqueira y Palerm (1991) señalan que en Eloxochitlán el consumo de alcohol sirve para distorsionar la realidad y disminuir sus preocupaciones. Y Berruecos (1996) encontró que en San Sebastián el alcohol les permite reducir la tensión y la ansiedad inherentes de la vida, pero paradójicamente el consumo de alcohol produce nuevas ansiedades. Para el contexto social, Berruecos (1989), señala que los hijos crecen viendo a sus padres y hermanos mayores beber todo el tiempo, por lo que el entorno sociocultural les enseña las normas con respecto al consumo de alcohol.

Es muy importante precisar la razón de consumo, porque a partir de esto se podrán implementar los programas de prevención y tratamiento adecuados, intentando modificar o cambiar las ideas erróneas sobre el consumo de alcohol, darles estrategias para afrontar sus problemas y desarrollar habilidades para comunicarse de manera asertiva sin recurrir al uso del alcohol. Probablemente esto será una tarea complicada y

no se verán los cambios inmediatamente, pero es importante apoyar y trabajar en las necesidades de estas comunidades.

En el apartado donde se utilizó la viñeta, tanto en San Nicolás como en El Botho la mayoría de los grupos coincidió con lo que se describe, ya que comentaron que sí conocían a personas como la de la historia, por lo que en estas comunidades la mayoría de los grupos perciben que hay un consumo excesivo de alcohol y que presentan problemas por este consumo; todo esto se reafirma con la información proporcionada durante la investigación. El que pocos grupos de informantes percibieran la viñeta, como ajena a estas comunidades, podría deberse a que la descripción que se realiza este más dirigida a los hombres. Por lo que otra posible línea de investigación sería realizar una viñeta con rasgos femeninos y comparar respuestas.

La ENA (Medina-Mora et al., 2002) señala que el mayor consumo de alcohol en la población rural fue reportado por el grupo de entre 40 y 49 años en ambos sexos. López, Natera y Franco (1989), mencionan que de los 20 a los 30 años, es la edad de mayor consumo en hombres y mujeres de zonas rurales del Estado de Yucatán. Sin embargo, en la comunidad de San Nicolás y El Botho, de acuerdo con la percepción de los informantes, la mayoría de las personas que se parecen a la de la historia, tienen entre 20 y 40 años de edad y son de ambos sexos. Los informantes mencionaron que su comunidad se estaba acabando y que la gente muere joven, por lo que, probablemente el consumo de alcohol reduce la edad de vida productiva, tanto por los accidentes como por las enfermedades que se asocian a dicho consumo.

Al preguntar a los grupos lo que sucederá con personas que toman como en la historia, en ambas comunidades, la mayoría hizo referencia a las consecuencias citadas anteriormente y coinciden en que sí siguen tomando así, fallecerán. Es importante resaltar que el morir por el consumo de alcohol es muy frecuente en estas comunidades y esto ya se ha corroborado con la información proporcionada en otras preguntas.

En ambas comunidades, los grupos reportaron que a las personas que beben como en la historia las llaman borrachos o alcohólicos; que son términos que los informantes utilizan para nombrar o señalar a las personas que toman en exceso; por lo que estos adjetivos probablemente podrían considerarse como una etiqueta para las personas que beben, y podrían provocar que las personas o familiares no busquen el apoyo necesario o nieguen el consumo de alcohol para evitar ser “señalados” por las demás personas. Dichos términos podrían ser utilizados para justificar la conducta de las personas que beben en exceso, esto podría ser similar a lo reportado por Dennis (1991), quien encontró que en Oaxaca “al borracho” no se le puede responsabilizar por lo que dice ya que se encuentra ebrio. También En las comunidades de San Nicolás y El Botho, el ser evangélico tiene una connotación “negativa”, ya que en esta religión el tomar bebidas con alcohol no está permitido y esto hace que los demás miembros de la comunidad que son católicos y que sí toman, los rechacen.

Con respecto a la percepción de si las personas consideran que se puede dejar de beber, se encontró una diferencia muy marcada entre ambas comunidades, ya que en San Nicolás el mayor porcentaje mencionó que sí pueden dejar de beber alcohol y las

razones que dieron fueron para mejorar su estilo de vida y la de su familiares. Mientras que en El Botho no hay una respuesta concreta, ya que los informantes reportaron que las personas que están muy acostumbradas a beber no pueden dejarlo; esto podría deberse a que en la comunidad no conocen alternativas eficaces que les ayuden a modificar su consumo de alcohol y a que, los informantes reportaron que la mayoría de su población ha muerto por este consumo de alcohol.

Todos los grupos mencionaron que las personas que consumen bebidas alcohólicas sí necesitan ayuda, ya que el consumo de alcohol es considerado uno de los principales problemas de salud en estas dos comunidades. Sin embargo Medina-Mora et al. (2001) mencionan que son pocas las personas que buscan apoyo, sólo uno de cada tres dependientes al alcohol solicita ayuda. Calderón y Suárez (1979), señala que las barreras que impiden solicitar tratamiento, es el estigma que sufre el individuo y la falta de información. Otras posibles limitaciones que impiden solicitar ayuda pueden ser la poca difusión de programas de atención y la falta de preparación del personal de salud para tratar el consumo de alcohol. Desafortunadamente todas estas barreras, junto con otros elementos como son las tradiciones y costumbres son limitantes que se encuentran en las comunidad de San Nicolás y El Botho, por lo que se requiere de un mayor esfuerzo para quitar dichos obstáculos y así la gente solicite ayuda.

En San Nicolás y El Botho, los informantes reportaron que la gente que toma bebidas alcohólicas acude con profesionistas (en palabras de los informantes sería: *Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, médicos*), sacerdotes o con familiares. Es importante resaltar que únicamente en la comunidad de San Nicolás existe un espacio fijo para el programa de Alcohólicos Anónimos y Centros de Integración Juvenil, mientras que en El Botho no, sólo los médicos imparten pláticas esporádicamente, por lo que es importante que en esta comunidad también haya espacios en donde se desarrollen programas de prevención y tratamiento para que la gente asista y así se lleve a cabo un trabajo más sistemático.

Otra diferencia entre ambas comunidades, es que en San Nicolás algunas personas acuden con sacerdotes, realizan juramentos a los santos y otros acuden con curanderos, para dejar de tomar. Mientras que en El Botho no ocurre esto, a pesar de ser una comunidad rural. Zabicky y Solís (2000) y Puente-Silva y Tenorio (1984) mencionan que en muchas culturas se usa el juramento a la Virgen y a los Santos, para dejar de tomar, pero desafortunadamente esto sólo produce un beneficio temporal.

En ambas comunidades, todos los grupos opinaron que sí se debe disminuir el consumo de alcohol en sus comunidades, esto puede deberse a que sí consideran el consumo de alcohol como un problema y por las consecuencias negativas que presentan los habitantes.

De las sugerencias dadas por los grupos de informantes para disminuir el consumo de alcohol, se encontraron en mayor porcentaje para ambas comunidades, prohibir la venta de bebidas alcohólicas y dar pláticas de prevención a la población en general. Prohibir la venta de bebidas alcohólicas no debe ser la opción primordial para disminuir el consumo de alcohol, ya que esto probablemente traería como consecuencia la venta

y el consumo de bebidas clandestinas. Esto se corrobora con lo reportado por De Walt (1991) en un estudio realizado en Temascalcingo, en donde se dictó una ley para cerrar establecimientos que vendían bebidas alcohólicas desde el día sábado hasta el lunes, lo que ocasionó que se vendiera alcohol ilegalmente y que se incrementarían las ganancias de las tiendas y pulquerías de las comunidades vecinas. Dar pláticas de prevención a la población para disminuir el consumo de alcohol se ve como una de las opciones más viables para modificar el consumo de alcohol en estas comunidades, esto coincide con lo encontrado por Berruecos (1989); López, Natera y Franco (1989); y De la Fuente, R. (1987b). Sólo en El Botho se comentó trabajar con los familiares, para que ellos apoyen o hablen con sus parientes para dejar de beber, por lo que se señala la importancia del apoyo familiar.

Es necesario señalar, que en ambas comunidades, durante la investigación los grupos de informantes mencionaron reiteradamente que el entorno familiar es de suma importancia, ya que algunas veces brindan el apoyo que las personas requieren para dejar de beber, por lo que al implementar un programa, la familia puede ser un factor de cambio muy útil en el consumo de alcohol y en especial las mujeres, ya que estas se mostraron muy interesadas en la implementación de estrategias para cambiar el consumo de alcohol en su comunidad.

Es necesario señalar que Aldaz (s.f.) menciona que lo primero que se debe trabajar en las comunidades rurales, es que las personas reconozcan que el consumo de alcohol les trae consecuencias negativas, sin embargo en las comunidades de San Nicolás y El Botho encontramos, que ya reconocen que uno de los principales problemas de salud es el consumo de alcohol, que si bien no representa una problemática para toda la comunidad, sí lo es para la mayoría, y el que la gente lo admita permitirá una mejor aceptación de algún programa de prevención y tratamiento.

La mayoría de los grupos de San Nicolás y El Botho mencionaron que sí asistirían a un programa de tratamiento. Por lo que es muy importante tomar en cuenta esta información e implementar lo más pronto posible medidas de prevención y tratamiento eficaces, económicas y de rápida aplicación. Además se debe desarrollar un trabajo a nivel comunidad; que implique una intervención universal, selectiva e indicada, involucrando a las escuelas.

Como en estas comunidades el consumo de alcohol esta tan arraigado, es difícil que los habitantes no consuman bebidas alcohólicas, por lo que probablemente las opciones de tratamiento tendrán que estar más dirigidas a moderar el consumo de alcohol, es decir, disminuir la cantidad y la frecuencia de consumo, más que lograr la abstinencia en aquellas personas que ya presentan un patrón de consumo excesivo y consecuencias derivadas de este consumo. Esto coincide con lo reportado por la ENA 2002 (Medina-Mora et al., 2002), donde sugiere que las personas que beben en grandes cantidades, que presentan problemas con el manejo del alcohol y que aún no cumplen con el criterio de dependencia requieren una intervención de re-aprendizaje que les permitan asumir patrones de consumo de menor riesgo. También Medina-Mora (1986), encontró que en Tarímbaro, una comunidad rural de Michoacán, se debe lograr

la modificación de patrones de consumo, esto es, que se limite la cantidad de alcohol que se ingiere.

Sin embargo no hay que olvidar que en estas comunidades también se debe de trabajar con aquellas personas que aún no presentan riesgos por su consumo de alcohol; impartiendo pláticas preventivas, fomentando el deporte, promover actitudes saludables, educar a los padres y a los jóvenes en el consumo de alcohol, etc. Esto coincide por lo reportado por Berruecos (1989), Natera (1987), De la Fuente R. (1987b).

En las comunidades de San Nicolás y El Botho, también requieren tratamiento las personas que ya presentan una dependencia severa. De acuerdo con la ENA 2002 (Medina-Mora et al., 2002) estas personas requieren tratamientos más especializados para lograr y mantener la abstinencia.

Aunque actualmente el IMSS esta haciendo un esfuerzo por apoyar a estas comunidades, es importante resaltar que todas las acciones deben de tener una continuidad y se deben de preservar las características propias de la región, incorporando en todas las actividades a los habitantes de la zona (Natera, 1987).

CONCLUSIONES

- A pesar de que la Encuesta Nacional de Adicciones da una idea general del consumo de alcohol, se requieren de investigaciones que nos permitan saber lo que ocurre de manera más específica en las comunidades rurales, y así desarrollar programas de prevención y tratamiento acorde a sus necesidades.
- De acuerdo con la percepción de los informantes, el consumo de alcohol es un problema de salud importante, aunque no es el único ya que hay otros problemas salud que deterioran la calidad de vida de las personas de éstas comunidades, por lo que es necesario también trabajar en éstos.
- Si bien, la comunidad de San Nicolás y El Botho se ubican geográficamente en el Valle del Mezquital, ambas comunidades tienen características físicas diferentes, ya que San Nicolás cuenta con más servicios y se localiza más cerca de la cabecera municipal, por lo que es una comunidad más urbana. Mientras que El Botho es más rural, ya que cuenta con pocos servicios, se ubica más lejos de la cabecera municipal y aún se habla el Otomí.
- Aunque las dos comunidades son diferentes físicamente, a través de la metodología seguida, se obtuvo que la percepción del consumo de alcohol es similar entre ellas aunque no idéntico y las diferencias probablemente se deben a que una de las comunidades recibe mayor influencia de las costumbres urbanas, debido a su localización.
- El consumo de alcohol no es exclusivo de un sólo sexo; sino que hombres y mujeres ingieren bebidas alcohólicas, aunque las mujeres beben menos en comparación con los hombres.
- Tanto en San Nicolás como en El Botho, el pulque sigue siendo una bebida tradicional, aunque también se consumen otras bebidas alcohólicas como el aguardiente y la cerveza; pero estas bebidas aún no logran desplazar al pulque como bebida preferida como ha ocurrido en otras comunidades rurales.
- En estas dos comunidades, la percepción del patrón de consumo que predomina es: alta cantidad y elevada frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas.
- El patrón de consumo que hay en estas comunidades, ocasiona que se presenten una gran cantidad de consecuencias físicas, familiares, económicas y laborales.
- En ambas comunidades, se percibe que los hombres beben más que las mujeres y también son ellos quienes mueren más en relación al consumo de alcohol.

- En ambas comunidades, se percibe una alta disponibilidad de la bebida, ya que se puede consumir en cualquier lugar, momento y con quien sea, lo que ayuda a que se incremente el consumo de alcohol.
- En ambas comunidades se percibe una disponibilidad al cambio con respecto al consumo de alcohol; aunque esto es más evidente en San Nicolás. Sin embargo existen prejuicios que “etiquetan” o “señalan” a las personas y esto puede impedir la modificación del patrón de consumo, por lo que hay que sensibilizar aún más a las personas.
- También es importante desarrollar en los habitantes estrategias para afrontar sus problemas y habilidades para comunicarse de manera asertiva, ya que estos estilos de vida muchas veces ocasionan que se recurra al uso del alcohol.
- En San Nicolás y El Botho, se requieren programas de prevención y tratamiento para moderar el consumo de alcohol, es decir, disminuir la cantidad y la frecuencia de consumo, más que lograr la abstinencia.
- En estas comunidades se debe desarrollar un trabajo a nivel comunidad; que implique la prevención universal, selectiva e indicada, involucrando a las escuelas y a la comunidad en general.
- También es importante involucrar a todas las instituciones existentes en las comunidades, para trabajar conjuntamente y desarrollar programas de intervención que ayuden al desarrollo y bienestar de las comunidades.
- Para finalizar, es necesario señalar que se deben de realizar más investigaciones con respecto al consumo de alcohol en zonas rurales, ya que la mayoría de los estudios que existen fueron realizados hace varios años y no hay muchas investigaciones recientes.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Durante el desarrollo de esta investigación, se presentaron una serie de dificultades que no nos permitieron seguir con el trabajo planeado inicialmente, por lo que se tuvieron que realizar algunas modificaciones. Una de ellas, es que el Método del Informante propone que se formen grupos de acuerdo a la ocupación laboral o clase socioeconómica, sin embargo en esta investigación los grupos se formaron de acuerdo a la cantidad de personas que se podían reunir en cada ocasión, sin importar su ocupación o clase socioeconómica. No obstante, estas modificaciones no afectaron el objetivo de esta investigación.

Otra dificultad que surgió fue que la mayoría de nuestros informantes fueron mujeres (total de la muestra: 14 hombres y 122 mujeres), ya que a la hora del día en la que reuníamos a las personas, los hombres se encontraban trabajando en el campo, aunque sí se logro reunir a algunos. Por lo que, en posteriores investigaciones sería importante incluir a más hombres, para saber su opinión con respecto al tema del consumo de alcohol.

También sería interesante que se tomara como otra línea de investigación el consumo de alcohol de 96°, que se reportó únicamente en los hombres de la comunidad de San Nicolás.

Asimismo es importante sugerir que cuando se quieran realizar investigaciones en comunidades rurales o indígenas, se debe de acceder a las comunidades con el apoyo de un “portero”, para facilitar el contacto con los habitantes y los líderes de las comunidades, y una vez dentro hay que establecer una empatía con los habitantes para lograr que te acepten en su comunidad y así confíen en ti. De lo contrario, si los habitantes o líderes te ven como un extraño en la comunidad será muy difícil llevar a cabo el estudio y obtener la información que se desea.

Otra sugerencia, es que si en algún nuevo estudio se quisiera utilizar el instrumento de esta investigación, proponemos que se reduzcan los objetivos a abordar y así disminuir el número de ítems, para que sea más rápida su aplicación y las personas puedan hacer sus actividades cotidianas, sin que les quite mucho tiempo el contestar el cuestionario.

Siguiendo con el instrumento se recomienda también que con base a los resultados de esta investigación, se elaboren las preguntas del cuestionario con opciones múltiples de respuesta, para que sea más fácil su aplicación y la obtención de los resultados.

Con respecto a la viñeta, se aconseja que se redacten dos historietas: una con rasgos femeninos y otra con características masculinas, para que se apliquen y posteriormente poder obtener diferencias por género.

Para finalizar con este apartado, es necesario señalar que hay información valiosa que se puede obtener por medio de la observación; además de que por medio de ésta se puede comprobar lo reportado por los grupos de informantes; por lo que la observación es una herramienta muy importante y útil en todas las investigaciones.

A N E X O S

ANEXO I

Cuestionario sobre el consumo de alcohol

Comunidad: _____

Fecha: _____

INTRODUCCIÓN.

¡Hola!, buenos días a todos, gracias por estar aquí. Nosotras nos llamamos Maricarmen y Ana, y somos parte del equipo de salud del IMSS de Ixmiquilpan, y quisiéramos platicar con ustedes acerca de los **principales problemas de salud** que se presentan en la comunidad. Con la finalidad de investigar más sobre estos y así **desarrollar opciones**, que traten de darle solución a sus problemas. Por ello necesitamos que **nos digan lo que observan, piensan y sienten**, acerca de lo que sucede en su comunidad.

Toda la información que nos den es **confidencial**, es decir, lo que nos digan no lo vamos a platicar con nadie más, solo se quedará entre nosotros. Además quisiéramos pedirles su **autorización para grabar su voz**, y no olvidar nada, ya que todo lo que nos digan es muy importante para nosotras. Estas grabaciones también son confidenciales, por lo que nadie más podrá escucharlas.

Para nosotras es muy importante su colaboración, por ello vamos a hacer todo lo posible para que se sientan a gusto, no los vamos a obligar a hablar de temas que ustedes no quieran y en el momento en que se quieran ir pueden hacerlo. El tiempo que vamos a estar platicando será aproximadamente de una hora; les suplicamos que traten de quedarse durante este tiempo. Si alguien quiere tomar jugo y comer algo, puede servirse con confianza, las veces que guste.

Antes de iniciar queremos saber su edad, a qué se dedican y un nombre con el que quieran que se les llame en esta ocasión. ¿Alguien tiene alguna duda de lo que hemos dicho o quiere preguntar algo?

¿Usted me podría decir como quiere que le llamemos... ahora su edad... y a qué se dedica?

Informantes	Sexo	Nombre	Edad	Ocupación
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Alguien quiere platicarnos **¿Cuáles son los principales problemas de salud** que se presentan en la comunidad?...

Por el momento vamos a platicar **acerca del consumo de alcohol**, ya que es un tema prioritario para el IMSS. Para ello **cada uno de ustedes nos dará su opinión** del consumo de alcohol, **y al final entre todos tendrán que llegar a una respuesta o respuestas en común**. La información que nos den, será de lo que ustedes conocen o ven en su comunidad, **y no sobre su propio consumo**. ¿Alguien tiene alguna duda o quiere preguntar algo?

1. ¿Cuáles son las bebidas con alcohol que consumen los hombres de su comunidad?

2. ¿Cuál es la bebida que toman más los hombres?

3. ¿Cuáles son las bebidas con alcohol que consumen las mujeres de su comunidad?

4. ¿Cuál es la bebida que toman más las mujeres?

5. En un día ¿cuál es la cantidad de bebidas con alcohol que consumen los hombres?

6. En un día ¿cuál es la cantidad de bebidas con alcohol que consumen las mujeres?

7. ¿Cuándo toman bebidas con alcohol los hombres (diario, entre semana, fines de semana, etc.)?

8. ¿Cuándo toman bebidas con alcohol las mujeres (diario, entre semana, fines de semana, etc.)?

9. ¿Existe un día de la semana, en el que prefieran tomar bebidas con alcohol?

Si () No ()

¿Cuáles son estos días?

10. ¿En qué ocasiones o eventos toman bebidas con alcohol?

11. ¿En qué lugares toman bebidas con alcohol?

12. ¿Con qué personas toman bebidas con alcohol?

13. ¿Qué están haciendo cuando toman bebidas con alcohol (platican con amigos, trabajan, juegan cartas, etc.)?

14. ¿En qué momento del día toman bebidas con alcohol?

15. ¿Cómo consiguen las bebidas con alcohol (las compran, las producen en casa, etc.)?

16. ¿Qué cosas les ocurren a las personas cuando toman bebidas con alcohol?

17. ¿Por qué creen que les suceden estas cosas?

18. ¿Qué enfermedades ocasiona el tomar bebidas con alcohol?

19. ¿Con qué bebidas creen que sucedan estas enfermedades?

20. En esta comunidad ¿cuántas personas consideran ustedes que mueren por problemas relacionados con el consumo de bebidas con alcohol?

21. ¿De qué sexo son las personas que mueren por el consumo de bebidas alcohólicas?

22. ¿Cómo saben que una persona esta borracha o tomó mucho?

23. ¿Por qué creen que la gente toma bebidas con alcohol?

“Ahora les voy a contar la historia de una persona que toma cerveza, pulque u otra bebida embriagante que contiene alcohol. En algunas ocasiones no toma, pero cuando lo hace toma mucho, hasta sentirse mal, caerse o quedarse dormido. Al día siguiente no recuerda que hizo o se siente tan mal que no puede ir a trabajar hasta que vuelve a tomar. A veces esa persona hace cosas que no haría si no hubiera tomado, como pelearse con los hijos, con los hermanos, o con la esposa. Incluso tiene accidentes, como caídas o heridas por haber tomado mucho. Y aunque los demás le digan que ya no tome, él sigue tomando”.

24. Ustedes conocen a personas como la de la historia. Si () No ()

25. ¿Qué edad tienen las personas que ustedes conocen?

26. ¿De qué sexo son las personas que ustedes conocen?

Hombres () Mujeres () Ambos ()

27. ¿Qué pasará con una persona que toma como en la historia?

28. ¿Cómo le dicen a una persona que toma como en la historia?

29. ¿Cómo ven el consumo de bebidas con alcohol en la comunidad, en el último año?
Aumento () Disminuyo () Sigue igual ()

30. ¿Creen que las personas que toman mucho alcohol, pueden dejar de hacerlo?
Si () No ()

¿Porqué? _____

31. ¿Consideran que la gente que toma bebidas con alcohol necesita ayuda?
Si () No ()

¿Por qué? _____

32. ¿Con quién acuden las personas que toman bebidas con alcohol en su comunidad?
(sacerdote, médico, delegado, etc)

33. ¿Creen que se debe de hacer algo para disminuir el consumo de bebidas con alcohol en su comunidad?

Si () No ()

¿Porque? _____

34. ¿Qué podrían sugerir para disminuir el consumo de bebidas con alcohol en su comunidad?

35. Si existiera un programa de tratamiento en su comunidad donde se atendiera a las personas que beben mucho ¿Creen que acudirían?

Si () No ()

¿Por qué? _____

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Les agradecemos una vez más su participación y si alguien tiene alguna duda o desea comentar algo más de manera individual, lo puede hacer con confianza.

ANEXO II

Frecuencias de la comunidad de "San Nicolás"

Tabla 1. Principales problemas de salud en la comunidad.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Consumo de alcohol. (Toman mucho, Cirrosis, Alcoholismo, Por la bebida, Toman y se enferman, El chupe, Se emborrachan, La tomadera)	27	30%
Enfermedades respiratorias. (Tos, Gripe, Calentura, Asma, Enfermedades de la garganta, Neumococo)	19	21%
Diabetes. (La diabetes, Diabetes)	15	17%
Otras. (Reumas, Riñones, Embolias, Varicela, Hepatitis, Tabaquismo, Problema de la vista)	9	10%
Hipertensión. (Hipertensión, Presión alta)	8	9%
Enfermedades gastrointestinales. (Diarrea, Gastritis, Tifoidea, Padecimientos del estómago)	7	8%
Cáncer. (Cáncer en la mujer [de mama y de matriz], Cáncer de colon)	3	3%
Problemas de alimentación. (Mala alimentación, Desnutrición)	2	2%
TOTAL	90	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (90).

I. Patrón de consumo

a) Tipo de bebidas

Tabla 2. Bebidas alcohólicas que consumen los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS**
Pulque.	30
Destilados.*	30
Cerveza.	30
Alcohol de 96°.	6

*Destilados = Incluye aguardiente, Presidente, Don Pedro, Tequila y a todas estas bebidas les llaman vino.

**Frecuencias con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 3. Bebida alcohólica que más toman los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS*
Pulque.	13
Destilados.	9
Cerveza.	8

*Frecuencias con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 4. Bebidas alcohólicas que consumen las mujeres.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS**
Pulque.	30
Cerveza.	29
Destilados.*	28

*Destilados = Incluye aguardiente, Presidente, Don Pedro, Tequila y a todas estas bebidas les llaman vino. Igualmente mencionan que toman bebidas ya preparada en lata, como Caribe Cooler o New Mix.

**Frecuencias con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 5. Bebida alcohólica que más toman las mujeres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS*
Pulque.	21
Cerveza.	6
Destilados.	3

*Frecuancias con base al total de grupos de informantes (n=30).

b) Cantidad de consumo

Tabla 6. Cantidad de pulque que beben los hombres.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS					TOTAL
	Menos de 1 litro	De 1 a 3 litros	De 4 a 6 litros	De 7 a 9 litros	De 10 a más litros	
Pulque.	1	16	12	1	0	30
Porcentajes*	3%	54%	40%	3%	0%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 7. Cantidad de cerveza que beben los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS						TOTAL
	Menos de 1 cagua ma	De 1 a 2 caguas mas	De 3 a 4 caguas mas	De 5 a 6 caguas mas	De 7 a más caguas mas	No saben	
Cerveza.	2	12	8	6	2	0	30
Porcentajes*	7%	40%	26%	20%	7%	0%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 8. Cantidad de destilados que beben los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIA				TOTAL
	De 2 ½ a 5 copas estándar	De 5 ½ a 8 copas estándar	De 8 ½ a 12 copas estándar	No saben	
Destilados.	17	7	6	0	30
Porcentajes*	57%	23%	20%	0%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 9. Cantidad de pulque que beben las mujeres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS					TOTAL
	Menos de 1 litro	De 1 a 3 litros	De 4 a 6 litros	De 7 a 9 litros	De 10 a más litros	
Pulque.	2	20	8	0	0	30
Porcentajes*	7%	67%	26%	0%	0%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

10. Cantidad de cerveza que beben las mujeres.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS						TOTAL
	Menos de 1 cagua ma	De 1 a 2 caguas mas	De 3 a 4 caguas mas	De 5 a 6 caguas mas	De 7 a más caguas mas	No saben	
Cerveza.	6	18	5	0	0	1	30
Porcentajes*	20%	60%	17%	0%	0%	3%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 11. Cantidad de destilados que beben las mujeres.

CATEGORIAS	FRECUENCIA				TOTAL
	De 2 ½ a 5 copas estándar	De 5 ½ a 8 copas estándar	De 8 ½ a 12 copas estándar	No saben	
Destilados.	23	3	1	3	30
Porcentajes*	77%	10%	3%	10%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

c) Frecuencia de consumo

Tabla 12. Cuándo toman bebidas alcohólicas los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Diario.	29	97%
De una a dos veces a la semana.	1	3%
De una a dos veces al año.	0	0%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 13. Cuándo toman bebidas alcohólicas las mujeres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Diario.	26	87%
De una a dos veces a la semana.	3	10%
De una a dos veces al año.	1	3%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

II. Situaciones de consumo

Tabla 14. Existe un día preferido para tomar bebidas con alcohol.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	20	67%
No.	10	33%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 15. Cuáles son estos días.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Entre semana. <i>(Lunes porque es el día de pago, lunes día de plaza, Los viernes)</i>	14	70%
Fines de semana. <i>(Sábados y domingos)</i>	6	30%

*Porcentajes con base a las respuestas afirmativas de la tabla anterior (n = 20 grupos).

Tabla 16. Eventos en los que se consumen bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Fiestas particulares. <i>(XV años, Bodas, Cumpleaños, Bautizos, Presentaciones, Confirmaciones, Primera comunión, Reuniones familiares)</i>	29	47%
Fiestas patronales. <i>(Del 7 al 11 de Septiembre fiesta de San Nicolás, 22 de Noviembre Santa Cecilia, Fiesta del pueblo)</i>	24	39%
Fiestas decembrinas. <i>(Navidad, Año Nuevo, Posadas, Fin de Año)</i>	9	14%
TOTAL	62	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (62).

Tabla 17. Lugares donde se consumen las bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Tiendas. <i>(En las tiendas)</i>	26	34%
En su casa. <i>(En la casa, Van a su casa)</i>	23	30%
Cantinas. <i>(En lugares para tomar, como cantinas)</i>	10	13%
Pulquería. <i>(Casa donde se vende pulque, pulquerías)</i>	9	12%
Otras. <i>(En el Centro, A orillas de las carreteras o camino, En el tianguis)</i>	8	10%
Campo. <i>(Cuando trabajan, En la</i>	1	1%

<i>milpa, En el campo)</i>		
TOTAL	77	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (77).

Tabla 18. Personas con las que consumen bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Amigos. <i>(Con sus amigas, Amigos)</i>	30	43%
Familiares. <i>(Con su pareja, Con hermanos, Con sus parientes)</i>	22	31%
Otros. <i>(Compadres, Compañeros de trabajo, Vecinos, Con personas que no conocen, Solos)</i>	18	26%
TOTAL	70	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (70).

Tabla 19. Actividades que realizan cuando toman bebidas embriagantes.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Platicando. <i>(Platican, Se quedan platicando)</i>	30	41%
Trabajando. <i>(En el campo, En la milpa)</i>	17	23%
Jugando juegos de mesa. <i>(Domino, Baraja, Ajedrez)</i>	17	23%
Jugando fútbol. <i>(Después de jugar fútbol)</i>	9	13%
TOTAL	73	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (73).

Tabla 20. Momento del día en que toman bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
En la mañana. <i>(Mañana, En la madrugada)</i>	27	33%
En la tarde. <i>(Tarde, Para la comida, A medio día)</i>	30	37%

En la noche. <i>(Noche)</i>	24	30%
TOTAL	81	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (81).

Tabla 21. Cómo consiguen las bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Las compran. <i>(Las compran, En tiendas, Pulquerías o En el centro)</i>	30	63%
Se las invitan. <i>(En el trabajo, En la fiesta del pueblo)</i>	16	33%
Las producen. <i>(Lo hacen en sus casas, Las raspan)</i>	2	4%
TOTAL	48	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (48).

III. Consecuencias asociadas al consumo

Tabla 22. Cosas que les ocurren cuando toman bebidas alcohólicas.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Accidentes. <i>(Los atropellan, Se caen, Se raspan, Se descalabran, Se mató en el carro, En los caminos hay accidentes, Se caen en los canales y se ahogan, Se caen de la bicicleta, Chocan, Se golpean)</i>	27	37%
Violencia. <i>(Se pelean, Dicen groserías, Maldicen, Muy agresivos, Discuten)</i>	24	33%
Problemas de salud. <i>(Hidropesía, Se les quema el hígado, Dejan de comer, Diarrea, Vómito, Cirrosis, Les crece la panza, Se enferman, adelgazan, Se les hinchan los pies, Se intoxican, Arrojan sangre)</i>	17	24%
Problemas familiares. <i>(Se enojan por cualquier cosa con su familia, Se enojan con la esposa y los hijos, Los abandonan sus familiares)</i>	2	3%
Mueren. <i>(Se mueren, Fallecen, Dejan sola a su familia porque se mueren)</i>	2	3%
TOTAL	72	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (72).

Tabla 23. Por qué creen que les suceden estas cosas.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Directamente por el alcohol. <i>(Por que ya están tomados y no saben lo que hacen, La bebida se les sube al cerebro, Por el alcohol, Por tomar, Por que están enfermos de alcohol, Se trastornan por el alcohol, Se les altera la cabeza con tanto alcohol, Porque a veces ya no es un trago sino es un vicio, Es lo que les gusta y no se miden para tomar, Porque no están en sus cinco sentidos)</i>	30	100%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 24. Enfermedades ocasionadas por tomar bebidas alcohólicas.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Cirrosis hepática. <i>(Se acaba su hígado, Del hígado)</i>	29	40%
Hidropesía. <i>(Se les hinchan los pies, Se les inflama la panza)</i>	27	38%
Del aparato digestivo. <i>(Les da cáncer en el estómago, Vomitan sangre, Se ponen amarillos, Se ponen negros)</i>	7	10%
Otras. <i>(Diabetes, Reumas, De los riñones, De la presión)</i>	9	12%
TOTAL	72	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (72).

Tabla 25. Con qué bebida alcohólica asocian estas enfermedades

CATEGORIAS	BEBIDAS
Cirrosis hepática.	Destilados
Hidropesía.	Pulque

Tabla 26. Muertes por el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Muchas.	19	64%
Algunas.	4	13%
Pocas.	7	23%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 27. De qué sexo son las personas que mueren por consumir bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Ambos. <i>(Más los hombres, Pero los hombres mueren más).</i>	25	83%
Hombres.	5	17%
Mujeres.	0	0%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 28. Cómo saben que una persona esta borracha.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Por su apariencia. <i>(Se ponen rojos, Están chapeados, Se bambolean, No caminan bien, Se tambalean, Con trabajo se pueden sostener solos, Se ven mareados, Huele a lo que hayan tomado, Los ojos los tiene como con sueño, Ojos rojos, Es sucio)</i>	30	40%
Por sus cambios al hablar. <i>(Hablan solos, Hablan mucho, No hablan bien, No se les entiende al hablar, Cambia su tono de voz, Se le oye rara la voz)</i>	19	25%
Se ponen violentos. <i>(Dicen groserías, Discuten, Pelean con los demás borrachos, Son impertinentes, Ofenden a los demás)</i>	13	17%
Por cambios en su estado emocional. <i>(Están alegres, Viene enojado, Se ven contentos, Se ríen solos, Se ponen a llorar)</i>	7	9%
Otras. <i>(Se duermen, No quieren comer, Manejan mal)</i>	7	9%
TOTAL	76	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (76).

IV. Razones de consumo

Tabla 29. Por qué la gente toma bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Necesidad física. <i>(Por costumbre, Por vicio, Es un vicio que no pueden controlar, Porque trabajando les da sed y les da fuerza para seguir trabajando, Desde muy jóvenes empiezan a ingerir alcohol y de ahí agarran el vicio)</i>	28	48%
Por su estado emocional.	13	22%

<i>(Porque están desesperados, Para que se les olviden las penas, Por coraje, Porque los dejó la novia o la mujer, Por estar triste o feliz, Porque ya no quieren vivir)</i>		
Influencia familiar. <i>(Porque los papás toman, Porque desde chico lo acostumbraron, Porque ven desde chiquitos que sus familiares toman)</i>	8	14%
Presión social. <i>(Para que no les digan evangelistas, Para convivir con los amigos y quedar bien con los amigos, Piensan que nada más por estar tomando si son hombres)</i>	6	10%
Malestar físico. <i>(Para sentirse bien, Tienen achaques)</i>	2	3%
Falta de información. <i>(Falta de orientación, Falta de comunicación)</i>	2	3%
TOTAL	59	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (59).

V. Percepción del problema

“Ahora les voy a contar la historia de una persona que toma cerveza, pulque u otra bebida que contiene alcohol. En algunas ocasiones no toma, pero cuando lo hace toma mucho, hasta sentirse mal, caerse o quedarse dormido. Al día siguiente no recuerda que hizo o se siente tan mal que no puede ir a trabajar hasta que vuelve a tomar. A veces esa persona hace cosas que no haría si no hubiera tomado, como pelearse con los hijos, con los hermanos, o con la esposa. Incluso tiene accidentes, como caídas o heridas por haber tomado mucho. Y aunque los demás le digan que ya no tome, él sigue tomando”.

Tabla 30. Conocen a personas como la de la historia.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	30	100%
No.	0	0%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 31. Edad que tienen las personas que conocen.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
15 a 19 años.	3	5%
20 a 40 años.	23	41%
41 a 60 años.	19	34%
61 o más años.	7	13%
De todas las edades.	4	7%
TOTAL	56	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (56).

Tabla 32. De qué sexo son las personas que conocen.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Ambos.	20	67%
Hombres.	10	33%
Mujeres.	0	0%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 33. Qué pasará con las personas que toman como en la historia.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Mueren. <i>(Con el tiempo llega a morir, No tiene mucho tiempo de vida)</i>	22	45%
Presentan problemas de salud. <i>(Cirrosis, Se va enfermar, Vuelven a tomar y se ponen graves, Les da hidropesía, Vomitan sangre, Orinan sangre, El hígado se acabó)</i>	19	39%
Presentan problemas familiares. <i>(Se destruye su hogar y después están viviendo solos, Pleitos en la familia, Se queda solo abandonado y es rechazado, Se pierde la confianza)</i>	8	16%
TOTAL	49	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (49).

Tabla 34. Cómo les dicen a las personas que toman como en la historia.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Borracho. <i>(Borrachito, Borrachitas, Tixfani¹)</i>	28	39%

¹ Tixfani significa borracho en Otomí.

Alcohólico (a).	16	23%
Otra. <i>(Enfermos del alcohol, Vagabundo, Vicioso, Briago, Adicto, Tomador)</i>	16	23%
Teporocho. <i>(Tepo, Teporochos)</i>	11	15%
TOTAL	71	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (71).

Tabla 35. Percepción del consumo de bebidas alcohólicas en el último año.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Aumentó.	14	47%
Igual.	9	30%
Disminuyó.	7	23%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

VI. Disposición de los habitantes hacia el desarrollo de medidas de prevención y tratamiento

Tabla 36. Las personas pueden dejar de tomar bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	17	57%
No.	9	30%
Indecisos.	4	13%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 37. Explicación del por qué de su respuesta anterior.

	CATEGORÍAS
Si	<i>(Con mucha fuerza de voluntad de cambiar, Para cuidar su vida, Para que la respeten sus hijos, Llevándolos a orientación como A.A, A veces piensan a su familia, Porque tienen apoyo de sus familiares, Si ellos quieren pueden hacerlo, Si ellos se lo proponen sí)</i>
No	<i>(Por más que les hablen no dejan de tomar, Ya casi la sangre es puro alcohol y por eso es difícil, Cada vez quieren más y más alcohol, Porque ya están acostumbrados, Porque han tomado desde niños, Porque prefieren morirse, Es difícil y vuelven a recaer, Acostumbraron a</i>

	<i>su cuerpo aunque sea a una gota de vino o cerveza y si no toman pues se sienten mal, Ya lo sienten como una necesidad)</i>
Indeciso	<i>(Hay unos que dicen ya no voy a tomar; pero no, Hay otros que aunque los lleven a alcohólicos anónimos salen y otra vez comienzan a tomar)</i>

Tabla 38. Las personas que toman bebidas alcohólicas necesitan ayuda.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	30	100%
No.	0	0%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 39. Por qué si o no las personas necesitan ayuda.

	CATEGORÍAS
Si	Necesitan apoyo para solucionar el problema del consumo. <i>(Para que le orienten que las bebidas le afectan, Ya se sale de control de ellos mismos y no razonan que el alcohol les hace daño, Para evitar las bebidas, Para que dejen el vicio, No pueden dejar de tomar un día, Toman mucho, No se dan cuenta en lo que están cayendo)</i>
Si	Para cuidar su salud. <i>(Para que ellos estén bien de salud, Para que no se enfermen)</i>
Si	Para mejorar su estilo de vida. <i>(Porque ellos mismos están acabando su vida, Para que siga adelante)</i>

Tabla 40. Con quién acuden las personas que toman bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Profesionistas. <i>(Con el médico y grupos de Alcohólicos Anónimos, Centros de Integración Juvenil)</i>	26	65%
Con sacerdotes. <i>(A la iglesia y hacen promesas a los Santos, Con sacerdotes)</i>	6	15%
Con la familia. <i>(Ir con los familiares principalmente; y los familiares pues tratan de curarlo)</i>	4	10%

Otros. <i>(Delegado, Curanderos o yerberos)</i>	4	10%
TOTAL	40	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (40).

Tabla 41. Creen que se debe disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	30	100%
No.	0	0%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 42. Por qué si o no se debe disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	
Si	Evitar las consecuencias asociadas al consumo. <i>(Porque se esta afectando a muchas personas, Para que no se enfermen y no siga muriendo la gente, Para evitar enfermedades que ocasiona el alcohol, Hay muchas mujeres que toman y por tomar ya no le dan de comer bien a sus niño)</i>
Si	Evitar que los jóvenes tomen. <i>(Para que los más jóvenes no tomen, Por los niños de 14 años que ya empiezan a tomar mucho, Porque los jóvenes se están dañando)</i>

Tabla 43. Sugerencias para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Prohibir la venta. <i>(Cerrar las fábricas, Que ya no se venda vino, Multarlos para que ya no sigan vendiendo, Que no se les venda a menores de edad, Clausurar tiendas)</i>	23	65%
Dar pláticas. <i>(Darles pláticas a los que toman en una junta general, Dar pláticas en sus casas a las 5 de la mañana o de perdís a las 7, Dar pláticas a los que venden, Dar plática sobre alcoholismo por lo menos en la primaria o en la secundaria)</i>	9	26%
Otras. <i>(Poner carteles o propagandas con reflexiones o con las consecuencias del consumo, Que se les multe a los que toman diario y solo así dejaran de tomar)</i>	3	9%
TOTAL	35	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (35).

Tabla 44. Asistirían a un programa de tratamiento.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	17	57%
No.	10	33%
Indeciso	3	10%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=30).

Tabla 45. Por qué si o no asistirían a un programa de tratamiento.

	CATEGORIAS
Si	Necesitan ayuda profesional. <i>(Para hacer conciencia de cuidarse, Para que se den cuenta del problema que tienen, Les interesaría escuchar que consecuencias trae el alcohol y la manera de cómo resolver el problema)</i>
Si	Para evitar los problemas relacionados con el consumo. <i>(Para mejorar la relación con su familia)</i>
No	<i>(Porque su vida es el pulque, Porque el vicio a veces puede más, Porque ellos piensan que están bien, Quieren seguir tomando, Porque son muy machistas y no quieren que los demás se enteren, Ya tienen su vida acostumbrada a tomar)</i>
Indeciso	<i>(Yo creo que hay algunos que si y otros que no, Los que si, para mejorar su hogares, su familia o tratar de evitar llegar a morir, Los que no porque son personas que piensan que tomar es bueno, que no les hace mal)</i>

ANEXO III

Frecuencias de la comunidad de "El Botho"

Tabla 1. Principales problemas de salud en la comunidad.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Consumo de alcohol. (Alcoholismo, Por tomar, Fallecen por tomar, Cirrosis hepática, Hidropesía)	14	25%
Diabetes. (La diabetes, Diabetes)	12	21%
Enfermedades respiratorias. (Gripas, Calenturas, Tuberculosis, Pulmonares, Tos, Catarro)	6	11%
Cáncer. (Cáncer, Leucemia, Cáncer en el estómago)	5	9%
Hipertensión. (Hipertensión, Presión alta)	5	9%
Problemas de alimentación. (Desnutrición, Anemia)	5	9%
Otras. (Artritis, Embolias, Migraña, Aborto)	5	9%
Enfermedades gastrointestinales. (Diarrea, Dolor de estómago, Vómito, Gastritis)	4	7%
TOTAL	56	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (56).

I. Patrón de consumo

a) Tipo de bebidas

Tabla 2. Bebidas alcohólicas que consumen los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS**
Pulque.	14
Destilados*.	14
Cerveza.	14
Vino tinto.	1

*Destilados = Incluye aguardiente y mezcal y a estas bebidas les llaman vino, alcohol del más corriente o del más barato.

**Frecuencias con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 3. Bebida alcohólica que más toman los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS*
Destilados.	6
Pulque.	5
Cerveza.	3

*Frecuencias con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 4. Bebidas alcohólicas que consumen las mujeres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS**
Pulque.	14
Cerveza.	14
Destilados*.	12

*Destilados = Incluye aguardiente y mezcal y a estas bebidas les llaman vino, alcohol del más corriente o del más barato.

**Frecuencias con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 5. Bebida alcohólica que más toman las mujeres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS*
Pulque.	7
Cerveza.	5
Destilados.	2

*Frecuencias con base al total de grupos de informantes (n=14).

b) Cantidad de consumo

Tabla 6. Cantidad de pulque que beben los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS					TOTAL
	Menos de 1 litro	De 1 a 3 litros	De 4 a 6 litros	De 7 a 9 litros	De 10 a más litros	
Pulque.	0	7	4	1	2	14
Porcentajes*	0%	50%	29%	7%	14%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 7. Cantidad de cerveza que beben los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS						TOTAL
	Menos de 1 cagua ma	De 1 a 2 caguas mas	De 3 a 4 caguas mas	De 5 a 6 caguas mas	De 7 a más caguas mas	No saben	
Cerveza.	0	2	11	1	0	0	14
Porcentajes*	0%	14%	79%	7%	0%	0%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 8. Cantidad de destilados que beben los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIA				TOTAL
	De 2 ½ a 5 copas estándar	De 5 ½ a 8 copas estándar	De 8 ½ a 12 copas estándar	No saben	
Destilados.	9	3	1	1	14
Porcentajes*	64%	22%	7%	7%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 9. Cantidad de pulque que beben las mujeres.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS					TOTAL
	Menos de 1 litro	De 1 a 3 litros	De 4 a 6 litros	De 7 a 9 litros	De 10 a más litros	
Pulque.	2	10	2	0	0	14
Porcentajes*	14%	72%	14%	0%	0%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 10. Cantidad de cerveza que beben las mujeres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS						TOTAL
	Menos de 1 cagua ma	De 1 a 2 caguas mas	De 3 a 4 caguas mas	De 5 a 6 caguas mas	De 7 a más caguas mas	No saben	
Cerveza.	1	10	2	0	0	1	14
Porcentajes*	7%	72%	14%	0%	0%	7%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 11. Cantidad de destilados que beben las mujeres.

CATEGORIAS	FRECUENCIA				TOTAL
	De 2 ½ a 5 copas estándar	De 5 ½ a 8 copas estándar	De 8 ½ a 12 copas estándar	No saben	
Destilados.	11	1	0	2	14
Porcentajes*	79%	7%	0%	14%	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

c) Frecuencia de consumo

Tabla 12. Cuándo toman bebidas alcohólicas los hombres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Diario.	12	86%
De una a dos veces a la semana.	1	7%
De una a dos veces al año.	1	7%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 13. Cuándo toman bebidas alcohólicas las mujeres.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Diario.	11	79%
De una a dos veces a la semana.	2	14%
De una a dos veces al año.	1	7%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

II. Situaciones de consumo

Tabla 14. Existe un día preferido para tomar bebidas con alcohol.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	6	43%
No.	8	57%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 15. Cuáles son estos días.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Fines de semana. (Sábados y domingo)	5	83%
Entre semana. (Martes)	1	17%

*Porcentajes con base a las respuestas afirmativas de la tabla anterior (n = 6 grupos).

Tabla 16. Eventos en los que se consumen bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Fiestas particulares. (Convivios, Fiesta, Bautizos, Cumpleaños, Bodas, Primera comunión, Confirmación, XV años)	14	41%
Fiestas patronales. (19 de Marzo San José, 15 de Agosto Señor de Jalpa, Fiesta de Octubre)	12	35%
Fiestas decembrinas. (Festejar navidad, Año nuevo, Fin de año, Posadas, Diciembre)	6	18%
Eventos escolares. (Clausuras, Graduaciones)	2	6%
TOTAL	34	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (34).

Tabla 17. Lugares donde se consumen las bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Tiendas. (En las tiendas cuando se les antoja)	14	39%
En su casa. (En la casa, Van a su casa)	8	22%
Pulquería. (Pulquería, Casa donde se vende pulque)	7	20%
Campo. (En la milpa, Campo)	4	11%
Otras. (En el tianguis los)	3	8%

<i>lunes, a orillas de las carreteras o camino)</i>		
TOTAL	36	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (36).

Tabla 18. Personas con las que consumen bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Amigos. <i>(Con los amigos)</i>	14	39%
Familiares. <i>(Con su pareja, Con los hijos, Con los hermanos, Con los primos)</i>	13	36%
Otros. <i>(Compadres y solos)</i>	9	25%
TOTAL	36	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (36).

Tabla 19. Actividades que realizan cuando toman bebidas embriagantes.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Platicando. <i>(Empiezan platicando, Platican sus historias)</i>	12	40%
Trabajando. <i>(En el campo, En la milpa)</i>	8	27%
Jugando básquetbol. <i>(Juegan básquet, Después de Jugar básquet, Apostando quien gana el partido)</i>	7	23%
Jugando juegos de mesa. <i>(Domino, Baraja, Juegan de volado)</i>	3	10%
TOTAL	30	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (30).

Tabla 20. Momento del día en que toman bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
En la mañana. <i>(Mañana, Para el desayuno, Para el almuerzo)</i>	13	48%
En la tarde. <i>(Tarde, A medio día, Para la comida)</i>	9	33%

En la noche. <i>(Noche, Para la cena)</i>	5	19%
TOTAL	27	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (27).

Tabla 21. Cómo consiguen las bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Las compran. <i>(Compran, En tiendas y pulquerías)</i>	14	52%
Se las invitan. <i>(En el trabajo, Cuando se juntan con los amigos)</i>	8	30%
Las producen. <i>(Lo hacen en sus casas, Las raspan)</i>	5	18%
TOTAL	27	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (27).

III. Consecuencias asociadas al consumo

Tabla 22. Cosas que les ocurren cuando toman bebidas alcohólicas.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Problemas de salud. <i>(Se enferman, Cirrosis, Diabetes, Escalofríos, Se hinchan de los pies, Vomitan sangre, Se hinchan del estómago o hidropesía, Color oscuro del cuerpo, Se ponen negras de la cara, Se ponen como amarillos, Se hinchan de todo el cuerpo, Les brota pus, Falta de apetito, Se enferman del hígado y del corazón, Se ahogan, Les duele el estómago, Se sienten mareados)</i>	12	31%
Accidentes. <i>(Cuando maneja la bicicleta se cae, Se pegan, Chocan, Atropellan gente, Cuando camina no se fija y se cae, Se volteó en su camioneta, Se lastiman)</i>	10	26%
Violencia. <i>(Se alborotan y se pelean, Discute con los amigos, Se pelean entre amigos)</i>	8	20%
Problemas familiares. <i>(Maltratan a sus hijos, Le pega a sus hijos, Les dice de groserías a sus hijos, No les da de comer, No hace de comer a sus hijos, Le pega a su mujer, Se pelean con la esposa, Los maldice a su familia, Discuten con la familia, Discute con la mujer, Discute con los hijos, Perjudican a la familia, Les dicen de groserías a su familia, Problemas entre su familia)</i>	6	15%
Mueren <i>(Se mueren, Mueren jóvenes, Fallecen)</i>	3	8%
TOTAL	39	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (39).

Tabla 23. Por qué creen que les suceden estas cosas.

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Directamente por el alcohol. <i>(Porque empiezan a tomar, Porque quieren tomar, Les gusta tomar más bien, Porque han tomado, Porque toma mucho, Por lo mismo del alcohol, Por la borrachera, Por la bebida, El alcohol afecta el organismo)</i>	12	71%
Indirectamente por el alcohol. <i>(Se sienten mal, Se sienten bien así, Tienen el valor de hacerlo, No sienten el temor de expresar sus sentimientos, No piensan en lo que esta bien o mal, Por que se pierde la mente, Por preocupaciones, Por no tener trabajo se desesperan, No comen lo suficiente, No toman agua)</i>	5	29%
TOTAL	17	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (17).

Tabla 24. Enfermedades ocasionadas por tomar bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Cirrosis hepática. <i>(Se acaba su hígado, Del hígado)</i>	11	34%
Hidropesía. <i>(Se hinchan los pies, Se hinchan o inflama el estomago, Se hincha la cara, las manos, el estomago)</i>	11	34%
Del aparato digestivo. <i>(Dolor de estómago, Vomitan sangre, Tienen mal aliento, Se ponen negros, Se ponen amarillos)</i>	5	16%
Otras. <i>(Diabetes, Van perdiendo la vista, Anemia, Desnutrición)</i>	5	16%
TOTAL	32	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (32).

Tabla 25. Con qué bebida alcohólica asocian estas enfermedades.

CATEGORIAS	BEBIDAS
Cirrosis hepática.	Destilados
Hidropesía.	Pulque

Tabla 26. Muertes por el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Muchas.	11	79%
Algunas.	1	7%
Pocas.	2	14%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 27. De qué sexo son las personas que mueren por consumir bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Ambos. <i>(Más los hombres, Pero los hombres mueren más).</i>	13	93%
Hombres.	1	7%
Mujeres.	0	0%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 28. Cómo saben que una persona esta borracha.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Por su apariencia. <i>(Se le ve en sus ojos, Se le ve o se le nota, Ya no ven bien, Ojos rojos, Apenas abre los ojos, Se le ve en la cara, Se pone roja la cara, Cuando caminan, No camina normal, No caminan bien, Caminan de lado, Van viboreando o tambaleando, Se ven mareados, Se ve que no anda bien, Se quiere caer, Caminan lento, Se caen solos, Andan chuecos, Huele a alcohol)</i>	14	36%
Se ponen violentos. <i>(Maldicen, Echan indirectas, Se ponen agresivas(os), Dicen groserías, Cree que tiene fuerza para golpear a otra persona, Se alborotan, Se pelean con la familia y amigos, Les pega a hijos y esposa, No respetan a nadie)</i>	8	20%
Por sus cambios al hablar. <i>(Cuando habla, No habla bien, Habla de más, No se le entiende, Hablan solos, Hablan demasiado, En la forma en que hablan, No sabe lo que dice)</i>	7	18%
Por cambios en su estado emocional. <i>(Sonriente, Riendo solo, Chistosos, Cantan, Aplauden, Esta feliz, Baila, Chillan, Arma mucho relajo, Se siente con valor, Expresa lo que no había podido expresar, Se sienten muy hombres, Se cambia el carácter, No tiene miedo de hacer algo)</i>	7	18%

Otras. (Porque conocen a la persona, Quedarse dormido en algún lugar)	3	8%
TOTAL	39	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (39).

IV. Razones de consumo

Tabla 29. Por qué la gente toma bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Necesidad física. (Porque están acostumbrados, Por vicio, Por antojo, Es una necesidad, Su cuerpo se lo pide, Porque ya son alcohólicos y no pueden dejarlo, Porque les gusta)	11	39%
Por su estado emocional. (Se sienten solos, Por coraje, Por preocupaciones, Para relajarse, No tienen familia estable, Por desesperación, Falta de cariño, No tienen apoyo)	5	18%
Problemas. (Problemas familiares, Problemas de pareja, Problemas sociales, Problemas económicos)	5	18%
Influencia familiar. (Sus papás le enseñaron a tomar así, Desde chicos le enseñaron sus papás, Porque su mamá o su papá han consumido y ellos también)	4	14%
Malestar físico. (Cuando hace frío con el vino se calientan, Para curarse)	2	7%
Falta de información. (Falta de educación o No saben el daño que les causa el alcohol)	1	4%
TOTAL	28	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (28).

V. Percepción del problema

“Ahora les voy a contar la historia de una persona que toma cerveza, pulque u otra bebida que contiene alcohol. En algunas ocasiones no toma, pero cuando lo hace toma mucho, hasta sentirse mal, caerse o quedarse dormido. Al día siguiente no recuerda que hizo o se siente tan mal que no puede ir a trabajar hasta que vuelve a tomar. A veces esa persona hace cosas que no haría si no hubiera tomado, como pelearse con los hijos, con los hermanos, o con la esposa. Incluso tiene accidentes, como caídas o heridas por haber tomado mucho. Y aunque los demás le digan que ya no tome, él sigue tomando”.

Tabla 30. Conocen a personas como la de la historia.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	12	86%
No.	2	14%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 31. Edad que tienen las personas que conocen.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
15 a 19 años.	3	14%
20 a 40 años.	9	41%
41 a 60 años.	7	32%
61 o más años.	1	4%
De todas las edades.	2	9%
TOTAL	22	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (22).

Tabla 32. De qué sexo son las personas que conocen.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Ambos.	9	75%
Hombres.	3	25%
Mujeres.	0	0%
TOTAL	12	100%

*Porcentajes con base a las respuestas afirmativas de la tabla número 30 (n = 12 grupos).

Tabla 33. Qué pasará con las personas que toman como en la historia.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Mueren. <i>(Piensa en morir con su alcohol, No le espera nada en el futuro)</i>	11	41%
Presentan problemas de salud. <i>(Se enferman, Se sienten mal, Se les acaba su hígado)</i>	9	33%
Presentan problemas familiares. <i>(Los dejan sus familiares, No tendrían una familia estable, Puede abandonar a su familia, Tiene problemas familiares, Se va aislar de sus seres queridos, Violencia en su familia, Le pega a su familia, También empieza a tomar la pareja)</i>	5	19%
Aumenta su consumo de alcohol. <i>(Se vuelve alcohólico, Toman mucho, Siguen con su vicio)</i>	2	7%
TOTAL	27	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (27).

Tabla 34. Cómo les dicen a las personas que toman como en la historia.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Borracho. (<i>Borrachito, Tixfani</i> ¹)	11	43%
Alcohólico.	4	15%
Teporocho. (<i>Teporingo, Teporocho de cantina o de barril, Tepo</i>)	4	15%
Otra. (<i>Vicioso, Pachi pachi, Juare, Cusco</i>)	4	15%
Le llaman por su nombre.	3	12%
TOTAL	26	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (26).

Tabla 35. Percepción del consumo de bebidas alcohólicas en el último año.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Aumentó.	5	36%
Igual.	5	36%
Disminuyó.	4	28%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

VI. Disposición de los habitantes hacia el desarrollo de medidas de prevención y tratamiento

Tabla 36. Las personas pueden dejar de tomar bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	6	43%
No.	6	43%
Indecisos.	2	14%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 37. Explicación del por qué de su respuesta anterior.

	CATEGORIAS
Si	(<i>Depende de la gente si quiere vivir, Porque ellos quieren dejar de</i>

¹ Tixfani significa borracho en Otomí.

	<i>hacerlo, Para cuidarse y no tener enfermedades, Por su familia)</i>
No	<i>(Porque ya están muy acostumbrados, Se vuelve una adicción y es difícil dejarlo, Toda su vida ha tomado, Ya es un vicio, Ya están enfermos)</i>
Indeciso	<i>(Dice que si los que no están muy acostumbrados y no los que ya están muy acostumbrados)</i>

Tabla 38. Las personas que toman bebidas alcohólicas necesitan ayuda.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	14	100%
No.	0	0%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 39. Por qué si o no las personas necesitan ayuda.

	CATEGORÍAS
Si	Necesitan apoyo para solucionar el problema del consumo. <i>(Cuando no tienen ayuda siguen tomando, Necesitan platicar, Tienen un problema que no pueden resolver solos, Incapaz de solucionar el problema, No tienen esa capacidad de platicar con alguien o preguntarles, Se sienten frustrados, Se sienten solos, No tienen con quien desahogarse, No creen lo que les dice uno, No es necesario tomar para solucionar problemas, Para que dejaran de tomar, Para que acepten que son alcohólicos)</i>
Si	Para cuidar su salud. <i>(Para que este bien de salud, Tienen problemas de salud, Para que no se enfermen)</i>
Si	Para mejorar su estilo de vida. <i>(Para que vivan bien, Para que se animen, Se motiven, Para que le levanten la autoestima)</i>

Tabla 40. Con quién acuden las personas que toman bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Profesionistas. <i>(Con el médico y grupos de Alcohólicos Anónimos)</i>	9	65%
Con nadie. <i>(No acuden con nadie)</i>	3	21%
Con la familia. <i>(Con los hijos, les prometen que ya no)</i>	2	14%

<i>van a tomar, Con su familia)</i>		
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 41. Creen que se debe disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	14	100%
No.	0	0%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 42. Por qué si o no se debe disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORÍAS	
Si	Evitar las consecuencias asociadas al consumo. <i>(Porque no cuidan su dinero que les mandan sus hijos, Para que ya no haya enfermos, Para evitar los accidentes y maltratos, Para que ya no allá más muertes)</i>
Si	Otras. <i>(Porque hay unas personas que si pueden entender y dejar de beber, Para que los más jóvenes no tomen)</i>

Tabla 43. Sugerencias para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Prohibir la venta. <i>(Ya no vender en las tiendas, Evitar vender del más corriente, Evitar vender a menores, No vender aguardiente y pulque, Que se haga una orden para no vender (un oficio), Quitar donde lo fabrican, Multar a los que venden, Registrar en las tiendas, Que se castigue a los que venden)</i>	12	60%
Dar pláticas. <i>(Pláticas sobre los problemas que genera, Que vinieran de alcohólicos anónimos a dar pláticas, Platucar con ellos para que ya no tomen, Hacerle ver que se va a morir con el tiempo, Hacer una campaña para ver los efectos y los daños que causa el alcohol)</i>	7	35%
Trabajar con la familia. <i>(Que alguien hablara con su familia para que ya no tomen, Que su familia hable con ellos)</i>	1	5%
TOTAL	20	100%

*Porcentajes con base al total de respuestas grupales (20).

Tabla 44. Asistirían a un programa de tratamiento.

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES*
Si.	12	86%
No.	2	14%
TOTAL	14	100%

*Porcentajes con base al total de grupos de informantes (n=14).

Tabla 45. Por qué si o no asistirían a un programa de tratamiento.

	CATEGORÍAS
Si	Necesitan ayuda profesional. <i>(Les serviría una terapia, Tienen la necesidad de sanarse, Porque necesitan ayuda, Para que se den cuenta del problema que tienen, Se puede salir a delante en su juicio y no borracha, Porque no hay con quien acudan, Para que lo atiendan, Hacerle ver los daños que ocasiona el beber, Para hacer conciencia de cuidarse)</i>
SI	Para evitar los problemas relacionados con el consumo. <i>(Tienen problemas con su familia, Se evitaría el maltrato a los niños, Para que cuide a sus hijos, Por sus hijos, por su familia, Por su salud de ellos, Para estar bien de salud)</i>
Si	Tienen el apoyo de su familia. <i>(La familia lo traiga, Es difícil pero si uno insiste e insiste a la mejor si, Vendrían los que tengan familia y les pidieran que vaya)</i>
SI	Porque va a estar en la comunidad.
NO	<i>(Porque ellos no aceptan que están enfermos, Porque no quieren dejar la bebida, Ellos piensan que mejor que vivan así)</i>

ANEXO IV

Tablas de comparación de San Nicolás y El Botho

Tabla 1. Principales problemas de salud en la comunidad.

CATEGORÍAS	SAN NICOLAS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Consumo de alcohol.	27	30%	14	25%
Enfermedades respiratorias.	19	21%	6	11%
Diabetes.	15	17%	12	21%
Otras.	9	10%	5	9%
Hipertensión.	8	9%	5	9%
Enfermedades gastrointestinales.	7	8%	4	7%
Cáncer.	3	3%	5	9%
Problemas de alimentación.	2	2%	5	9%
TOTAL	90	100%	56	100%

I. Patrón de consumo

a) Tipo de bebidas

Tabla 2. Bebidas alcohólicas que consumen los hombres y las mujeres.

CATEGORÍAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	F	F	F	F
Pulque.	30	30	14	14
Destilados.	30	28	14	12
Cerveza.	30	29	14	14
Alcohol de 96°.	6	-----	-----	-----
Vino tinto.	-----	-----	1	1

Tabla 3. Bebida alcohólica que más toman los hombres y las mujeres.

CATEGORÍAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	Hombres Frecuencia	Mujeres Frecuencia	Hombres Frecuencia	Mujeres Frecuencia
Pulque.	13	21	5	7

Destilados.	9	3	6	2
Cerveza.	8	6	3	5

b) Cantidad de consumo

Tabla 4. Cantidad de pulque que beben los hombres y mujeres.

CATEGORÍAS	SAN NICOLÁS				EL BOTHO			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Menos de 1 litro.	1	3%	2	7%	-----		2	14%
De 1 a 3 litros.	16	54%	20	67%	7	50%	10	72%
De 4 a 6 litros.	12	40%	8	26%	4	29%	2	14%
De 7 a 9 litros.	1	3%	-----		1	7%	-----	
De 10 a más litros	-----		-----		2	14%	-----	
TOTAL	30	100%	30	100%	14	100%	14	100%

Tabla 5. Cantidad de cerveza que beben los hombres y mujeres.

CATEGORÍAS	SAN NICOLÁS				EL BOTHO			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Menos de 1 caguama.	2	7%	6	20%	-----		1	7%
De 1 a 2 caguamas.	12	40%	18	60%	2	14%	10	72%
De 3 a 4 caguamas.	8	26%	5	17%	11	79%	2	14%
De 5 a 6 caguamas.	6	20%	-----		1	7%	-----	
De 7 a más caguamas	2	7%	-----		-----		-----	
No saben.	-----		1	3%	-----		1	7%
TOTAL	30	100%	30	100%	14	100%	14	100%

Tabla 6. Cantidad de destilados que beben los hombres y mujeres.

CATEGORÍAS	SAN NICOLÁS				EL BOTHO			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%	F	%	F	%
De 2 ½ a 5 copas estándar.	17	57%	23	77%	9	64%	11	79%
De 5 ½ a 8 copas estándar.	7	23%	3	10%	3	22%	1	7%
De 8 ½ a 12 copas	6	20%	1	3%	1	7%	-----	

estándar.								
No saben.	-----	3	10%	1	7%	2	14%	
TOTAL	30	100%	30	100%	14	100%	14	100%

c) Frecuencia de consumo

Tabla 7. Cuándo toman bebidas alcohólicas los hombres y mujeres.

CATEGORÍAS	SAN NICOLÁS				EL BOTHO			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Diario.	29	97%	26	87%	12	86%	11	79%
De una a dos veces a la semana.	1	3%	3	10%	1	7%	2	14%
De una a dos veces año.	-----		1	3%	1	7%	1	7%
TOTAL	30	100%	30	100%	14	100%	14	100%

II. Situaciones de consumo

Tabla 8. Existe un día preferido para tomar bebidas con alcohol.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Si.	20	67%	6	43%
No.	10	33%	8	57%
TOTAL	30	100%	14	100%

Tabla 9. Cuáles son estos días.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%*	F	%*
Entre semana.	14	70%	1	17%
Fines de semana.	6	30%	5	83%

*Porcentajes con base a las respuestas afirmativas de la tabla anterior (n = 20 y n = 6 grupos).

Tabla 10. Eventos en los que se consumen bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Fiestas particulares.	29	47%	14	41%

Fiestas patronales.	24	39%	12	35%
Fiestas decembrinas.	9	14%	6	18%
Eventos escolares.	-----		2	6%
TOTAL	62	100%	34	100%

Tabla 11. Lugares donde se consumen las bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Tiendas.	26	34%	14	39%
En su casa.	23	30%	8	22%
Cantinas.	10	13%	-----	
Pulquería.	9	12%	7	20%
Otras.	8	10%	3	8%
Campo.	1	1%	4	11%
TOTAL	77	100%	36	100%

Tabla 12. Personas con las que consumen bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Amigos.	30	43%	14	39%
Familiares.	22	31%	13	36%
Otros.	18	26%	9	25%
TOTAL	70	100%	36	100%

Tabla 13. Actividades que realizan cuando toman bebidas embriagantes.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Platicando.	30	41%	12	40%
Trabajando.	17	23%	8	27%
Jugando juegos de mesa.	17	23%	3	10%
Jugando fútbol.	9	13%	-----	
Jugando básquetbol.	-----		7	23%
TOTAL	73	100%	30	100%

Tabla 14. Momento del día en que toman bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
En la mañana.	27	33%	13	48%
En la tarde.	30	37%	9	33%
En la noche.	24	30%	5	19%
TOTAL	81	100%	27	100%

Tabla 15. Cómo consiguen las bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Las compran.	30	63%	14	52%
Se las invitan.	16	33%	8	30%
Las producen.	2	4%	5	18%
TOTAL	48	100%	27	100%

III. Consecuencias asociadas al consumo

Tabla 16. Cosas que les ocurren cuando toman bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Accidentes.	27	37%	10	26%
Violencia.	24	33%	8	20%
Problemas de salud.	17	24%	12	31%
Problemas familiares.	2	3%	6	15%
Mueren.	2	3%	3	8%
TOTAL	72	100%	39	100%

Tabla 17. Por qué creen que les suceden estas cosas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Directamente por el alcohol.	30	100%	12	71%
Indirectamente por el alcohol.	-----		5	29%
TOTAL	30	100%	17	100%

Tabla 18. Enfermedades ocasionadas por tomar bebidas alcohólicas.

CATEGORÍAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Cirrosis hepática.	29	40%	11	34%
Hidropesía.	27	38%	11	34%
Del aparato digestivo.	7	10%	5	16%
Otras.	91	2%	5	16%
TOTAL	72	100%	3	100%

Tabla 19. Con qué bebida alcohólica asocian estas enfermedades.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS Bebidas	EL BOTHO Bebidas
Cirrosis hepática.	Destilados	Destilados
Hidropesía.	Pulque	Pulque

Tabla 20. Muertes por el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Muchas.	19	64%	11	79%
Algunas.	4	13%	1	7%
Pocas.	7	23%	2	14%
TOTAL	30	100%	14	100%

Tabla 21. De qué sexo son las personas que mueren por consumir bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Ambos.	25	83%	13	93%
Hombres.	5	17%	1	7%
Mujeres.	-----		-----	
TOTAL	30	100%	14	100%

Tabla 22. Cómo saben que una persona esta borracha.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		ELBOTHO	
	F	%	F	%
Por su apariencia.	30	40%	14	36%
Por sus cambios al hablar.	19	25%	7	18%
Se ponen violentos.	13	17%	8	20%

Por cambios en su estado emocional.	7	9%	7	18%
Otras.	7	9%	3	8%
TOTAL	76	100%	39	100%

IV. Razones de consumo

Tabla 23. Por qué la gente toma bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Necesidad física.	28	48%	11	39%
Por su estado emocional.	13	22%	5	18%
Influencia familiar.	8	14%	4	14%
Presión social.	6	10%	-----	
Malestar físico.	2	3%	2	7%
Falta de información.	2	3%	1	4%
Problemas.	-----		5	18%
TOTAL	59	100%	28	100%

V. Percepción del problema

Tabla 24. Conocen a personas como la de la historia.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Si.	30	100%	12	86%
No.	-----		2	14%
TOTAL	30	100%	14	100%

Tabla 25. Edad que tienen las personas que conocen.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
15 a 19 años.	3	5%	3	14%
20 a 40 años.	23	41%	9	41%
41 a 60 años.	19	34%	7	32%
61 o más años.	7	13%	1	4%
De todas las edades.	4	7%	2	9%
TOTAL	56	100%	22	100%

Tabla 26. De qué sexo son las personas que conocen.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Ambos.	20	67%	9	75%
Hombres.	10	33%	3	25%
Mujeres.	-----		-----	
TOTAL	30	100%	12	100%

Tabla 27. Qué pasará con las personas que toman como en la historia.

CATEGORÍAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Mueren.	22	45%	11	41%
Presentan problemas de salud.	19	39%	9	33%
Presentan problemas familiares.	8	16%	5	19%
Aumenta su consumo de alcohol.	-----		2	7%
TOTAL	49	100%	27	100%

Tabla 28. Cómo les dicen a las personas que toman como en la historia.

CATEGORÍAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Borracho.	28	39%	11	43%
Alcohólico (a).	16	23%	4	15%
Otra.	16	23%	4	15%
Teporocho.	11	15%	4	15%
Le llaman por su nombre.	-----		3	12%
TOTAL	71	100%	26	100%

Tabla 29. Percepción del consumo de bebidas alcohólicas en el último año.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Aumentó.	14	47%	5	36%
Igual.	9	30%	5	36%
Disminuyó.	7	23%	4	28%
TOTAL	30	100%	14	100%

VI. Disposición de los habitantes hacia el desarrollo de medidas de prevención y tratamiento

Tabla 30. Las personas pueden dejar de tomar bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Si.	17	57%	6	43%
No.	9	30%	6	43%
Indecisos.	4	13%	2	14%
TOTAL	30	100%	14	100%

Tabla 31. Las personas que toman bebidas alcohólicas necesitan ayuda.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Si.	30	100%	14	100%
No.	-----		-----	
TOTAL	30	100%	14	100%

Tabla 32. Con quién acuden las personas que toman bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Profesionistas.	26	65%	9	65%
Con sacerdotes.	6	15%	-----	
Con la familia.	4	10%	2	14%
Otros.	4	10%	-----	
Con nadie.	-----		3	21%
TOTAL	40	100%	14	100%

Tabla 33. Creen qué se debe disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Si.	30	100%	14	100%
No.	-----		-----	
TOTAL	30	100%	14	100%

Tabla 34. Sugerencias para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

CATEGORÍAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Prohibir la venta.	23	65%	12	60%
Dar pláticas.	9	26%	7	35%
Otras.	3	9%	-----	
Trabajar con la familia.	-----		1	5%
TOTAL	35	100%	20	100%

Tabla 35. Asistirían a un programa de tratamiento.

CATEGORIAS	SAN NICOLÁS		EL BOTHO	
	F	%	F	%
Si.	17	57%	12	86%
No.	10	33%	2	14%
Indeciso	3	10%	-----	
TOTAL	30	100%	14	100%

REFERENCIAS

- Aldaz, H. (s. f.). Alcoholismo en la comunidad indígena. Recuperado el 12 de abril de 2005, de http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/coninf_mag_alcoh.pdf#search='alcoholismo and hidalgo'
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell L. (1997) Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, (2), 113-127.
- Bernal, V. (1989). Publicidad monopolista, manipulación y consumo de alcohol en México. En: V. Bernal, A. Márquez, B. Navarro, C. Selser y L. Berruecos (Eds.), *El alcoholismo en México. Negocio y manipulación* (pp.9-43). México: Nuestro Tiempo.
- Berruecos, L. (1989). El consumo del alcohol en algunos grupos indígenas de México. En: V. Bernal, A. Márquez, B. Navarro, C. Selser y L. Berruecos (Eds.), *El alcoholismo en México. Negocio y manipulación* (pp. 136-177). México: Nuestro Tiempo.
- Berruecos, L. (1995). Situación actual de los indígenas mexicanos. *Psiquiatría*, 11, (2), 48-51.
- Berruecos, L. (1996). La ingesta de alcohol en San Sebastián, Puebla. *Adicctus*, (10), 27-31.
- Bunzel, R. (1991) El rol del alcoholismo en dos culturas centroamericanas. En: E. Menéndez (Ed.). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. (pp. 201-249). México: Ediciones de la Casa Chata.
- Cahuich, M. y Rosado, E. (1989). *Los hábitos alimentarios en una comunidad del Valle del Mezquital*. Tesis de Licenciatura en Antropología Física. Escuela Nacional de Antropología e Historia: México.
- Calderón, G. (1980). El Alcoholismo. Problema Médico y Social (Simposio). *Gaceta Médica de México*, 116, (6), 239-257.
- Calderón, G. (1983). Patrones de bebida en el mejicano. Resultados de una investigación de la OMS. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 29, 193-206.
- Calderón, G. (1988). Perspectiva histórica del alcoholismo en México. En: Velasco, R. (Ed.), *Alcoholismo. Visión integral* (pp.48-63). México: Trillas.

- Calderón, G. (1994). Consideraciones acerca del alcoholismo entre los pueblos prehispánicos de México. *Psiquiatría*, 10, (2), 69-73.
- Calderón, G. (1997). Comorbilidad entre el Síndrome Depresivo y la Ingestión Desmedida de Alcohol. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 60, 24-31.
- Calderón, G. y Suárez, C. (1979) Normas y actitudes respecto a la ingestión de bebidas alcohólicas. *Cuadernos Científicos CEMESAM*, 11, 38-40.
- Casco, M. y Natera, G. (1993). El alcoholismo en la mujer: La explicación que ellas mismas dan. *Salud Mental*, 16, (1), 24-29.
- De la Fuente, J. (1991) Alcoholismo y sociedad. En: E. Menéndez (Ed.). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. (pp. 175-187). México: Ediciones de la Casa Chata.
- De la Fuente, R. (1987a). El alcoholismo y el abuso del alcohol: Visión de conjunto. *Salud Mental*, 10, (4), 45-51.
- De la Fuente, R. (1987b). Conclusiones: Estrategias para la prevención y el tratamiento del alcoholismo y el abuso del alcohol. Programa oficial para combatir el problema. *Salud mental*, 10, (4), 59-66.
- Dennis, P. (1991). El rol del borracho en un pueblo oaxaqueño. En: E. Menéndez (Ed.). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). (pp. 353-366). México: Ediciones de la Casa Chata.
- De Walt, B. (1991). El consumo de alcohol, el status económico y las estrategias adaptativas de modernización en una comunidad del altiplano mexicano. En: E. Menéndez (Ed). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. (pp. 367-398) México: Ediciones de la Casa Chata.
- Díaz, F. (2001). *Hablemos de Alcoholismo. Guía Didáctica para Padres y Educadores*. San Pablo: España.
- Galicia, M. (2002). *Fiestas y manejo del espacio cultural en algunas comunidades otomíes de Ixmiquilpan, Hidalgo*. Tesis de Doctorado. Escuela Nacional de Antropología e Historia: México.
- Gálvez, X. (2001). El alcoholismo entre los pueblos indígenas. *CONADICInforma*, 1, (2), 14-19.
- García, C. (2002). Retos en la medición del consumo de alcohol y daños asociados en una población ñhañhú del Valle del Mezquital. *Cuadernos FISAC. Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología*, 1, (12), 23-33.

- García G., Rascón M. L. y Medina-Mora M. E. (1986). Consumo de alcohol de 96° en una comunidad rural. *Salud Mental*, 9, (3), 77-80.
- García, M. (2002). Oaxaca: presencia, ritual y realidad indígena. *Cuadernos FISAC. Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología*, 1, (12), 35-43.
- <http://www.inegi.gob.mx> Recuperado el 12 de abril de 2006. Información sobre el número de población en la comunidad de El Botho.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Rural de Oportunidades No.30, Delegación Estatal Hidalgo, Programa IMSS-Oportunidades, Región Tula-Ixmiquilpan, Hidalgo (2004a). Diagnóstico de Salud y Programa de Trabajo en la Comunidad de El Botho, Cardonal. Periodo Comprendido: Febrero.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Rural de Oportunidades No.30, Delegación Estatal Hidalgo, Programa IMSS-Oportunidades, Región Tula-Ixmiquilpan, Hidalgo (2004b). Diagnóstico de salud y programa de trabajo en la comunidad de San Nicolás, Ixmiquilpan. Periodo Comprendido: Agosto.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (1994). Ixmiquilpan, Estado de Hidalgo. Cuaderno Estadístico Municipal. México: INEGI.
- INEGI (1996). El Cardonal, Estado de Hidalgo. Cuaderno Estadístico Municipal. México: INEGI.
- INEGI (2004a). Anuario Estadístico del Estado de Hidalgo. Tomo I, México: INEGI.
- INEGI (2004b). Cuaderno No. 20. Estadísticas del Sector de Salud y Seguridad Social. México: INEGI.
- INEGI (2004c). Mujeres y hombres en México. México: INEGI.
- Instituto Nacional Indigenista (1994). Otomíes del Valle del Mezquital. Pueblos indígenas de México. México D.F. Instituto Nacional Indigenista.
- Kearney, M. (1991). Borrachera y conversión religiosa en un pueblo mexicano. En: E. Menéndez (Ed). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. (pp.329-352) México: Ediciones de la Casa Chata.
- Kennedy, J. (1991). El complejo del tesguinol: el rol de la bebida en la cultura tarahumara. En: E. Menéndez (Ed.). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. (pp. 251-282). México: Ediciones de la Casa Chata.
- Kershenobich, D. y Vargas F. (2001). Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol. En: R. Tapia-Conyer (Ed.), Las

- adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (pp.151-156). México: Manual Moderno.
- López, R., Natera, G. y Franco J. (1989). *Diagnostico del alcoholismo en el Estado de Yucatán: Área rural*. México: CONACYT.
- Madsen, W. y Madsen, C. (1991). La estructura cultural del comportamiento hacia el alcohol en México. En: E. Menéndez (Ed.). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. (pp. 309-328). México: Ediciones de la Casa Chata.
- Medina-Mora, M. E. (1998) Beber en el campo y en la ciudad. En: Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (Ed.), *Beber de tierra generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México* (pp. 204-227). México: FISAC.
- Medina-Mora, M. E. (1999). Ponencia "Patrones de consumo de pulque en la zona centro del país". *Cuadernos FISAC. El pulque, la cultura y la salud*, 1, (2), 21-28.
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J.; Galván F; Fleiz, C., Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Velez, A. y García A. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*, Capítulo de Alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.
- Medina-Mora, M. E., Natera, G. y Borges, G. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En: Medina-Mora, M. E.; Villatoro, J.; Cravioto, P.; Fleiz, C.; Galván F.; Rojas E.; Castrejón, J. y Kuri, P. *Observatorio mexicano en tabaco alcohol y otras drogas 2002* (pp. 15-25). México: CONADIC.
- Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. y Tapia-Conyer R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24, (4), 3-19.
- Medina-Mora, M. E.; Rascón, Ma. L.; García, G. y Ezbán, M (1986). Patrones de consumo de alcohol y normas relacionadas con dicho consumo, en una población de Michoacán México. *Salud mental*. 9, (4), 87-91.
- Medina-Mora, M. E., Tapia-Conyer, R., Otero, R. y Mariño, C. (1990). Etnicidad y patrones de uso de sustancias adictivas en México. *Epidemiología*, 5, (6), 93-103.
- Melo, G. (2002). Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología. *Cuadernos FISAC. Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología*, 1, (12), 7-10.
- Mendieta, L. (1991). Ensayo sobre el alcoholismo entre las razas indígenas de México. En: E. Menéndez (Ed.). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites*

- culturales de la economía política (1930-1979)*. (pp.125-139). México: Ediciones de la Casa Chata.
- Mora, J. (1992). Imagen Social en Jóvenes Acerca del Alcohol. El Consumo de Alcohol en la Fiesta y el Barrio. *Revista de Cultura Psicológica*, 1, (1), pp. 65-76.
- Narro-Robles J., Gutiérrez-Ávila H., López-Cervantes M., Borges G. y Rosovsky H. (1992). La mortalidad por cirrosis hepática en México II. Exceso de mortalidad y consumo de pulque. *Salud Pública de México*, 34, (4), 388-405.
- Narro-Robles, J., Manuell, G. y Gutiérrez, H. (2001). Daños a la salud y consecuencias sociales por el consumo excesivo de alcohol. En: R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (pp.193-204). México: Manual Moderno.
- Natera, G. (1981a) El método del informante para conocer los hábitos de consumo de alcohol en una zona semi-rural. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 7, (13), 91-100.
- Natera, G. (1981b) Percepción de los hábitos y actitudes de una comunidad semi-rural en relación al consumo del alcohol. Análisis de un método. Tesis de Maestría. Universidad Iberoamericana: México.
- Natera, G. (1982a). El consumo de alcohol en zonas rurales. *Revista de Estudios Sobre la Juventud in Telpochtli, in Ichpuchtli*, 2, (7), 39-48.
- Natera, G. (1982b) El método del informante como alternativa para la investigación de los problemas de salud. *Iª Reunión sobre Investigación y Enseñanza del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 108-113.
- Natera, G. (1987). El consumo de alcohol en zonas rurales de México. *Salud Mental*, 10, (4), 59-66.
- Natera, G., Renconco, M., Almendares, R., Rosovsky, H. y Almendares J. (1983). Comparación transcultural de las costumbres y actitudes asociadas al uso de alcohol en dos zonas rurales de Honduras y México. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 29, 116-127.
- Neil, K. y Walton, H. (1991). *Alcoholismo. Como prevenirlo para evitar sus consecuencias*. México: Paídos.
- Polakoff, K. y Vargas L. (2002). Del trago a la tragedia. Consecuencias del consumo de alcohol en San Juan Chamula, Chiapas. *Cuadernos FISAC. Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología*, 1, (12), 45-62.
- Peña-Corona, M. P. (1999). Panorama epidemiológico de la cirrosis hepática en la zona centro del país. *Cuadernos FISAC. El pulque, la cultura y la salud*, 1, (2), 39-46.

- Peña, E. (1998). *Análisis de mortalidad en menores de 16 años en el Cardonal, Hidalgo. Estudio con base en los archivos parroquiales: Siglo XIX*. Tesis de licenciatura en Antropología física. Escuela Nacional de Antropología e Historia: México.
- Poza, R. (1991). El alcoholismo y la organización social. En: E. Menéndez (Ed.). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. (pp. 189-197). México: Ediciones de la Casa Chata.
- Puente-Silva, F. y Tenorio, R. (1984). Estudio piloto de alcoholismo en una población mazahua. Aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. *Salud Mental*, 7, (3), 57-62.
- Rascón, M. (1986). Razones para beber y problemas asociados en dos poblaciones; rural y urbana del Estado de Michoacán. *La psicología social en México*, 1, 203-209.
- Rojas, F. (1942). Estudio histórico-etnográfico del alcoholismo entre los indios de México. *Revista Mexicana de Sociología*, 4, (2), 111-125.
- Rosovsky, H. (1991). Alcoholismo, nuevos datos, viejas noticias. En: I. Almada (Ed.), *Salud y crisis en México. Más textos para el debate. Cuadernos del CIIH. Serie: seminarios 2* (pp. 135-157). México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades (CCIH), UNAM.
- Rueda, L. (1998). El triunfo de un gusto: la cerveza. En: Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (Ed.), *Beber de tierra generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México* (pp. 148-167). México: FISAC.
- Salazar, M. (2003). *Evaluación de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de sustancias en adolescentes de Aguascalientes*. Proyecto de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Secretaría de Gobernación (1988). *Los municipios de Hidalgo* (pp. 7-11 y 110-117) México: Colección enciclopedia de los municipios de México.
- Secretaría de Salud (2001). Comunicado de prensa No.50 (2001) Más de 10 millones de indígenas con diferentes grados de alcoholismo. Recuperado el 12 de abril de 2005, de http://www.salud.gob.mx./ssa_app/noticias/datos/2001-10-12_120.html
- Smart, R., Natera, G. y Almendares J. (1981) Ensayo de un nuevo método para estudiar el consumo de alcohol y sus problemas en tres países de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 91, (6), 499-511.
- Soberón, A. (1998). Elixir milenario: el pulque. En: Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (Ed.), *Beber de tierra generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México* (pp. 26-49). México: FISAC.

- Tapia-Conyer, R, Medina-Mora, M. E. y Cravioto, P. (2001). Epidemiología del consumo de alcohol. En: R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (pp.127-138). México: Manual Moderno.
- Viesca, C. (2001). Bosquejo histórico de las adicciones. En: R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (pp.3-19). México: Manual Moderno.
- Viqueira, C. y Palerm, A. (1991). Alcoholismo, brujería y homicidio en dos comunidades rurales de México. En: E. Menéndez (Ed.). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. (pp. 147-173). México: Ediciones de la Casa Chata.
- Zabicki, G. y Solís, L. (2000). El juramento: maniobra no médica, coadyuvante en el manejo de los sujetos con consumo patológico de etanol en México. Aproximación inicial. *Salud mental*, 23, (4) 22-27.