



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

**ADULTO JOVEN CON ALTERACIÓN EN LA PERCEPCIÓN Y
MANTENIMIENTO DE LA SALUD R/C INTOXICACIÓN POR CONSUMO
NOCIVO DE ALCOHOL M/P POBRE CONTROL DE IMPULSOS, VIOLENCIA
HETERODIRIGIDA Y ALTERACIÓN EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

P R E S E N T A

L.E. MARÍA ELENA HERNÁNDEZ BASALDUA

CON LA ASESORÍA DE:

E.E.S.M. MARIANA CRUZ MARTÍNEZ



Ciudad de México

Febrero 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

RECONOCIMIENTOS

A mis familiares

Familia, amigos y personas especiales en mi vida, no son nada más y nada menos que un solo conjunto, son seres queridos benefactores de importancia inimaginable en mis circunstancias de crisis como ser humano, brindando su apoyo y confianza en cada momento de mi vida.

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes, he logrado concluir con éxito un proyecto que en un principio parecía una tarea titánica e interminable. Quisiera dedicar este estudio de caso a ustedes, familia y amigos que no recordé al momento de escribir esto, ustedes saben quiénes son, personas de bien, seres que ofrecen amor, bienestar, comprensión, paciencia y ánimo en cada momento de mi vida.

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Muchas gracias a aquellos seres queridos que siempre guardo en mi alma.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

A mis maestros

Mtro. Francisco Enríquez Torres, por su tiempo y conocimientos compartidos, pero sobre todo por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

Mtra. Jazmín Mora, por sus conocimientos compartidos durante las clases, ya que fueron de gran utilidad para la realización de este trabajo.

Mtro. Mario Espinosa, por sus conocimientos y experiencias compartidas durante las clases.

Pero sobre todo agradezco a aquella persona que acepto compartirme sus experiencias de vida, y permitir la realización de este trabajo ya que sin esta información no hubiera logrado nada.

ÍNDICE

I.	Introducción.....	5
II.	Justificación	7
III.	Objetivo General.....	8
3.1	Objetivos Específicos	8
IV.	Fundamentación.....	9
4.1	Antecedentes	9
V.	Marco Conceptual.....	15
5.1	Conceptualización de la Enfermería.....	15
5.2	Paradigmas.....	16
5.3	Teoría de Enfermería.....	18
5.4	Teorías de otras disciplinas	23
5.5	Proceso de Enfermería.....	31
5.6.	Patología y/o Enfermedad	32
VI.	Metodología.....	40
6.1	Estrategia de investigación: Estudio de caso.....	40
6.2	Selección de caso y fuentes de información	40
6.3	Consideraciones Éticas	42
VII.	Presentación del caso	44
7.1	Descripción del caso.....	44
VIII.	Aplicación del Proceso de Enfermería.....	50
8.1	Valoración.....	50
8.2	Valoración focalizada	50
8.3	Jerarquización y Priorización de Problemas	53
8.4	Diagnóstico de Enfermería.....	53
8.5	Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados	54
8.6	Evaluación del proceso.....	62
IX.	Plan de Alta	66
X.	Conclusiones.....	70
XI.	Sugerencias	72
XII.	Referencias Bibliográficas	75
XIII.	Anexos	81

I. Introducción

Han pasado algunos años desde que la reforma psiquiátrica cambió el actuar de los profesionales de enfermería en salud mental, a partir de la atención de sus necesidades de atención en el hospital hasta el cuidado de estas necesidades en la comunidad. En la actualidad el rol del profesional de enfermería en salud mental ha evolucionado y se ha transformado, con el único objetivo de proveer cuidados, ejerciendo funciones preventivas, asistenciales, terapéuticas y de rehabilitación psicosocial.

Debido a la importancia que implica contar con un bienestar físico y mental a nivel individual y colectivo es necesario que se incluyan estudios que permitan conocer problemáticas en la salud mental de la población, es por esta razón que se presenta el siguiente estudio de caso, conformado por trece capítulos.

En este estudio de caso encontrará en su primer apartado información referente a la estadística a nivel mundial y nacional de la problemática del consumo nocivo de alcohol, la neurobiología implicada en el uso de sustancias y las pautas para su diagnóstico además encontrará algunos estudios relacionados con la patología dual y comorbilidad de trastornos psiquiátricos asociados a la adicción por consumo de alcohol.

En su siguiente apartado localizará la conceptualización de enfermería, los paradigmas que integran a la profesión de enfermería, una explicación breve del proceso de atención en enfermería y del Modelo Teórico de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, además se abordan teorías complementarias de otras disciplinas relacionadas con los modelos de intervención para el consumo nocivo de alcohol, enfocadas al Modelo Transteórico del cambio propuesto por Prochaska y DiClemente.

Posteriormente en el penúltimo apartado, encontrará información referente a la metodología, así como las implicaciones éticas necesarias, recordando que este estudio de caso fue realizado a un hombre adulto joven con problemas de consumo nocivo de alcohol en un Hospital General de la Ciudad de México durante el periodo de prácticas correspondientes al primer semestre de la especialización en enfermería en salud mental, utilizando el Modelo Teórico de Marjory Gordon para la identificación de patrones funcionales alterados en el paciente y realizando una intervención breve enfocada en los primeros auxilios psicológicos, empleando algunas técnicas de la entrevista motivacional

que permitieron llevar el proceso de atención en enfermería, estableciendo diagnósticos enfermeros y la ejecución de acciones especializadas para el mantenimiento y recuperación de la salud durante su estancia hospitalaria.

Por último, en el apartado final de este estudio de caso encontrara el plan de alta sugerido, así como las conclusiones y sugerencias desde la perspectiva del cuidado de la enfermera especialista en salud mental de acuerdo al Modelo Teórico de Marjory Gordon y al Modelo Transteòrico del cambio de Prochaska y DiClemente.

II. Justificación

El fenómeno del uso y abuso de alcohol no es ajeno al contexto de las facultades y los centros donde se están formando a futuros profesionales de la salud, sobre todo personal enfocado al cuidado de la salud mental. El problema de consumo de alcohol en México es uno de los más extendidos en nuestro país, siendo este uno de los principales factores de riesgo para la enfermedad, discapacidad y muerte, además de ser una problemática con graves consecuencias psicosociales.

Debido a la importancia que implica contar con un bienestar psíquico y físico a nivel individual y colectivo es necesario que se incluyan estudios que permitan el conocer problemáticas en la salud mental de la población, es por esta razón que se presenta el siguiente estudio de caso, relacionado con el consumo nocivo de alcohol, ya que es un problema de salud, que afecta al individuo en sus esferas físicas, sociales y psicológicas, siendo el consumo de alcohol uno de los principales problemas de salud pública y de salud mental en México.

La finalidad de este estudio de caso es el analizar el problema del consumo nocivo de alcohol, así como la identificación de la alteración biopsicosocial en el individuo, con el fin de establecer intervenciones especializadas en enfermería en salud mental dirigidas al beneficio de la persona.

III. Objetivo General

Describir la atención especializada de enfermería en salud mental por medio de un estudio de caso para el establecimiento de intervenciones especializadas dirigidas al beneficio de un paciente hospitalizado en el servicio de urgencias de un hospital general.

3.1 Objetivos Específicos

- Identificar mediante el Modelo de valoración de Marjory Gordon los patrones alterados que generen un daño en la persona.
- Analizar la información obtenida para emitir un juicio clínico de acuerdo con los riesgos y alteraciones de salud detectadas.
- Utilizar intervenciones breves para el beneficio de la persona.
- Identificar recursos de afrontamiento del individuo mediante técnicas de entrevista motivacional.
- Establecer acciones encaminadas a la prevención y protección de daños a la salud mental.

IV. Fundamentación

4.1 Antecedentes

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud, definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus actividades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (1, p. 1).

En este sentido la salud mental es el fundamento de bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

Debido a la importancia que implica contar con un bienestar mental y físico a nivel individual y colectivo es necesario que se incluyan estudios que permitan el conocer problemáticas en la salud mental de la población, es por esta razón que se presenta el siguiente estudio de caso, relacionado con consumo nocivo de alcohol ya que este forma parte de un problema de salud mental en México.

En el siguiente apartado se muestran las estadísticas y estudios relacionados encontrados respecto a esta problemática de salud.

Panorama epidemiológico

La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo existen 125 millones de personas afectadas por el consumo de alcohol. Cabe resaltar, que el uso nocivo del alcohol se encuentra entre los cinco principales factores de riesgo para la enfermedad, ya que se asocia a una serie de trastornos mentales y comportamentales, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito atribuibles a una porción importante de la carga de morbilidad y mortalidad ya que a nivel mundial 3.3 millones de defunciones se debieron al consumo de esta sustancia, así también el

consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica en la sociedad (2, p.1).

De acuerdo con la última encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en México el consumo de alcohol se trata del problema de uso de sustancias más extendido en nuestro país, con graves consecuencias sociales y para la salud de la población. Ya que el alcohol es responsable de una proporción significativa de la carga de la enfermedad en México (6.5% de muertes prematuras y 1.5% de los días vividos sin salud), reportando el mayor porcentaje de consumo en personas mayores de 35 años (61.4%), en cuanto a la dependencia al consumo de alcohol, se presenta en el 2.2% de la población total de 12 a 65 años (3, p.3).

Durante el 2016 en México se reportaron 13 405 eventos de hospitalización por consumo de alcohol, el 57.1% de ellos fueron mujeres, la media de edad fue de 37.5 años, y el 48.6% eran mayores de 35 años. El 3.9% de los pacientes que se presentó al servicio de urgencias se encontraba bajo el efecto de alguna droga, de ellos en el 67.8% de los casos, fue por consumo de alcohol (3, p.23).

Al analizar las necesidades de atención por el consumo de alcohol para la población total, los datos indicaron que el 2.2% de los usuarios con dependencia y 4% de los usuarios que abusan del alcohol requieren algún tipo de ayuda por el consumo. Por tipo de tratamiento recibido por los usuarios con dependencia en el último año, se observa que la mayoría ha estado en un anexo (32.4%), seguido de tratamiento por desintoxicación (24.8%) y tratamiento psiquiátrico o residencial (13.2%). Los datos de los consumidores con dependencia en el último año indican que el 21.8% acude a grupos de autoayuda o ayuda mutua, 20.3% con un psicólogo y 16.6% con un consejero espiritual. En los hombres, son los mismos profesionales de salud quienes representan las prevalencias más altas (23.1%, 20.9% y 17.9% respectivamente), mientras que las mujeres acuden con psicólogos, psiquiatras y terapeutas u otros profesionales de la salud de forma independiente (13.2%, 10.5% y 8.2%) (3, p. 60-68).

Es así como la amplia aceptación social del consumo de alcohol facilita el consumo en nuestra población, incluso el inicio de este muchas veces se da y promueve dentro del núcleo familiar. Esto ocasiona que la percepción de riesgo sea baja, aspecto que conlleva

a que más del 70% de la población haya consumido alcohol y un 20% consuma excesivamente por lo menos una vez en el último mes ^(3, p. 77).

El consumo de alcohol y sus consecuencias asociadas a patología dual

De acuerdo con algunos estudios relacionados sobre el consumo nocivo de alcohol, se encontraron los siguientes:

En un estudio realizado a cuatro personas con problemas de consumo de alcohol, en Santiago de Cuba, por Revilla et, al. ^(4, p. 1083-1087) se encontró que entre los factores sociales de mayor influencia en el surgimiento de la conducta adictiva al alcohol, se asociaba la influencia del medio social y la fácil adquisición de bebidas alcohólicas, las tradiciones socioculturales, la evasión a los problemas. Por otra parte las consecuencias sociales de mayor incidencia fueron: los conflictos y ruptura de la red afectiva, incluyendo el divorcio y la pérdida de la estimación hacia el bebedor, problemas laborales como el ausentismo y desempleo, la pérdida de las funciones y estatus por problemas familiares, encontrando dentro del análisis cualitativo la dificultad para el tratamiento y mantenimiento de mejoría, debido a fluctuaciones asociadas al consumo excesivo de bebidas alcohólicas como vía de escape a los problemas que se deben afrontar, llevando a la persona a una pérdida de control, reforzando malestares emocionales y recurrencia al consumo de alcohol de forma crónica.

El que sólo un pequeño porcentaje de las personas que consumen alcohol tengan problemas con el mismo hay que buscarlo en distintas causas, de acuerdo con Canedo ^(5, p. 7-10) hay características de personalidad que facilitan o predisponen la adicción a ciertas sustancias por los efectos que éstas producen; algunas personas sufren una alteración de la impulsividad que no facilita controlar el consumo o tienen un carácter que se muestra incapaz de crear negativas a nivel social o a no sucumbir a la presión del ambiente. Otras descubren un calmante a su ansiedad o depresión en la bebida. Es así que el exceso de sustancias puede provocar en el individuo, modificación en su estado físico, emocional, laboral, económico y familiar, generando situaciones frustrantes y difíciles que hacen que puedan aflorar tanto síntomas de ansiedad como de depresión, ambas condiciones pueden ser previas o consecuencia del deterioro originado por el consumo, además de que el abuso de sustancias se relaciona con el suicidio.

Hay evidencias que demuestran la relación causal entre intoxicación y violencia, en donde se indica la existencia de mecanismos biológicos específicos que relacionan el alcohol con las conductas agresivas las cuales se ven moderadas por factores circunstanciales y culturales. Los efectos farmacológicos del alcohol incluyen un aumento de la labilidad emocional, una menor conciencia de indicaciones internas o menor conocimiento de sí mismo, una menor capacidad para evaluar las consecuencias, o menor habilidad para resolver problemas, así como una autorregulación y autocontrol deficientes ^(6, p. 20).

Numerosos estudios transversales han demostrado la estrecha relación entre consumo excesivo y el riesgo de crisis matrimonial, pero sólo unos cuantos estudios bien diseñados han demostrado que existe un riesgo significativamente mayor de separación o divorcio entre bebedores intensos, demostrando que el consumo abusivo de alcohol en el marido aumenta el riesgo de violencia matrimonial de modo dependiente de la dosis. Asimismo, parece ser que el tratamiento de la dependencia de alcohol reduce la violencia en la pareja. Las mujeres con problemas relacionados con el alcohol tienen frecuentes problemas maritales, y tienen menos confianza en poder resolver los desacuerdos con su pareja en cambio las mujeres dependientes presentan una mayor incidencia de agresiones de sus cónyuges y las que son víctimas de violencia a causa del alcohol tienden a beber más ^(6, p.20, 7, p 1-6).

Dentro de esta problemática familiar, en cuanto a los hijos de un paciente alcohólico que han vivido en un ambiente familiar con relaciones disfuncionales o psicopatológicas debidas al consumo de alcohol de uno de los miembros de la familia, serán un grupo de alto riesgo para el futuro desarrollo del alcoholismo. Aunque los antecedentes familiares de alcoholismo (al igual que los de malos tratos) no se deben considerar el factor exclusivo y determinante de riesgo de futuras conductas adictivas (y violentas) en la etapa adulta, en muchas ocasiones la presencia de un progenitor alcohólico hacen que el cónyuge y los hijos se conviertan en grupos de riesgo importante ^(8, p. 45).

En un estudio realizado en Brasil por García et, al. ^(9, p.80-99) se buscaron evidencias sobre la correlación entre los problemas reportados por las personas en las áreas de la salud mental, crimen, violencia, alcohol y drogas, afirmando que, en la medida en que aumentan los relatos de síntomas de internalización y de problemas relacionados con el crimen y la violencia, se observa también el aumento de la presencia de síntomas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas, donde los casos más graves, resultan en hospitalizaciones significativamente más largas, encontrando síntomas relacionados con culpa, baja

autoestima y vergüenza, compatibles con los síntomas de internalización. Por lo tanto, es posible inferir que los problemas relacionados con el consumo de sustancias y su asociación con trastornos psiquiátricos son comunes encontrar: Trastornos de humor, como la depresión, los trastornos de ansiedad (síntomas de internalización) y los trastornos de conducta, déficit de atención e hiperactividad (síntomas de externalización), son las comorbilidades más comunes asociadas con el abuso de sustancias.

En México se realizó un estudio en el estado de Tabasco en el año 2016, en el cual se buscó la relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural, se demostró que los desórdenes mentales pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo del abuso en el uso de alcohol y modificar consecuentemente el curso del trastorno adictivo; existe evidencia en el sentido de que el trastorno de personalidad antisocial aumenta la probabilidad de una ingesta excesiva, que la depresión complica el tratamiento del consumo nocivo de alcohol y algunos síntomas psiquiátricos aparecen en el curso de una intoxicación crónica por alcohol, entre estos se encontró prevalencia asociada a trastornos de la personalidad y de ansiedad, así como mayor riesgo suicida. Llama la atención en esta muestra la proporción de personas con desempleo, probablemente por la incapacidad producida por el uso perjudicial de bebidas alcohólicas y los trastornos mentales comórbidos presentes, que en conjunto alteran los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento individual considerado como normal, manifestados en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida. El desempleo resultó estar significativamente asociado a la presencia de trastornos depresivos ^(10, p. 71-77).

Actitud del personal de enfermería frente al consumo nocivo de alcohol

De acuerdo a una búsqueda bibliográfica sobre la actitud del personal de enfermería en pacientes con problemas de alcoholismo realizada por molina ^(11, p. 1-22) se demostró que las enfermeras presentan actitudes negativas frente al paciente alcohólico, por falta de conocimientos o bien por carecer de experiencia, ya que la percepción que tiene la sociedad sobre las drogas influye en la actitud de las enfermeras hacia este tipo de pacientes, se halló que dependiendo del servicio en el que estén trabajando las enfermeras, la actitud del personal de salud también varía, así las enfermeras que trabajan en servicios especializados en drogodependencias, muestran actitudes más positivas. Respecto a los conocimientos de las enfermeras sobre el paciente alcohólico se evidencia que estos son escasos. Por ello es necesario que reciban formación ya que los

capacita para trabajar con seguridad y sin miedo, ofreciendo una buena calidad en la atención al paciente y permite evitar así los prejuicios influenciados por la sociedad.

Intervenciones de enfermería frente al consumo de alcohol

En un estudio realizado en la India se analizó la efectividad de las intervenciones breves de la enfermería frente al consumo peligroso o perjudicial por Joseph ^(12, p. 1) comentando “los resultados muestran que la intervención enfermera supone una reducción estadísticamente significativa en el patrón de consumo nocivo de los sujetos del estudio, abarcando varias actuaciones cómo: asesoramiento estructurado sobre temas generales de salud relacionados con el alcohol, orientación motivacional, folletos de promoción de la salud, o combinación de estos”.

V. Marco Conceptual

5.1 Conceptualización de la Enfermería

Enfermería es la ciencia y el arte dedicado al mantenimiento y promoción del bienestar humano, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover la salud, prevenir las enfermedades, fomentar y educar para el autocuidado de la salud, así como a desarrollar proyectos de investigación respecto al cuidado de las personas, por lo tanto, enfermería es la ciencia del cuidado basado en el diagnóstico de las respuestas humanas, el estado de salud y enfermedad y en la aplicación de intervenciones considerando el contexto cultural en el que se desarrolla ⁽¹³⁾.

La salud mental fue definida por la OMS ^(14, p.1) “como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

En este sentido se podría definir a la “Enfermería en Salud Mental cómo una especialidad de las ciencias de la salud y antropológicas, capaz de estudiar no sólo las causalidades biológicas, sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y las socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinentes”. Así podemos afirmar que la verdadera rehabilitación del paciente con enfermedad mental solo puede lograrse cerca de la familia, en la comunidad en que convive, a través de la reorientación de la psiquiatría hacia la atención Primaria de Salud. ^(15, p. 53)

5.2 Paradigmas

Para Kuhn un “paradigma es el conjunto de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que sirven como referente para el desarrollo de la ciencia” ⁽¹⁶⁾. Cuando se habla de paradigmas se está haciendo referencia a las estructuras, a marcos referenciales a partir de los cuales se desarrolla un modelo o teoría de enfermería.

De manera epistemológica un paradigma, es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos ofreciendo un camino para la construcción de conocimientos y contribución al desarrollo de la ciencia ^(17, p. 106).

Según Kuhn los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, por lo que las teorías ayudan a la práctica, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales. En la filosofía de la ciencia Kuhn favorece para comprender la evolución de la teoría de Enfermería, mediante modelos paradigmáticos de la ciencia, que ha hecho no sea ajena a los momentos histórico-sociales y culturales al generarse dichos paradigmas ^(16,17). De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen tres tipos de paradigmas:

Paradigma de categorización

Se distinguen dos orientaciones:

- Centrada en la salud pública. Esta orientación está caracterizada por “la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios”. Desde la línea que marca este paradigma se puede comprender el interés por el control del medio ambiente demostrado por Florence Nightingale en sus escritos y la importancia que da a la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas ^(16, 17,18).
- Centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica. Surge cuando comienzan a controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. Unida al control de estas enfermedades se produce una mejora de las técnicas quirúrgicas, comienza la aplicación de los antisépticos y la enfermedad física es considerada al

margen del entorno, de la cultura y de la sociedad. La salud se define cómo la ausencia de enfermedad y se afirma que el origen de dicha enfermedad es unicausal ^(16, 17,18).

Paradigma de integración

Queda justificado por el desarrollo de disciplinas como la psicología. La incorporación de la teoría de la motivación o las terapias orientadas a la persona ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad. La evolución social que se produce en estos momentos marca profundamente los modelos y teorías de enfermería y comienzan a aparecer las diferencias entre la disciplina enfermera y la disciplina médica. Los trabajos de enfermeras como Henderson, Peplau u Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma ^(16,17,18).

Paradigma de transformación

Desde la perspectiva de este paradigma, un fenómeno es único y, por tanto, no puede parecerse totalmente a otro. El paradigma de transformación se puede situar temporalmente a mediados de los años 70 y puede encontrarse su importancia en los modelos y teorías propuestos por Parse, Newman, Rogers y Watson ^(16,17).

En el ámbito de Enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guía de pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificulta que un sólo modelo pueda dar explicación a alguna de estas. Sin embargo el paradigma de la transformación, se considera ser el más innovador y desarrollado, se piensa que “es la base de una apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo y que ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera” ^(17,18).

En cuanto a la definición de metaparadigma este se refiere a un marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión. En el caso del metaparadigma enfermero se agrupan 4 conceptos ⁽¹⁶⁾: persona, entorno, salud y enfermería.

- Persona: Se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, y puede contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.
- Entorno: Se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.
- Salud: Se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.
- Enfermería: Se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.

5.3 Teoría de Enfermería

Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. A su vez un modelo es un esquema teórico, de un sistema o de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento ^(16,19).

Para este estudio de caso, se utilizó el Modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon para la valoración de la persona el cual se describe a continuación:

Modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon

El enfoque de Gordon sobre patrones funcionales de salud da respuesta a la especificidad y características de los usuarios de las unidades de salud mental y drogodependencias, un patrón de salud se entiende desde este modelo como aquella respuesta o comportamientos, más o menos comunes de todas las personas, que describen un grado de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano ^(20, 21). La utilización de éstos permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una fundamental cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales y del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de estos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles de una evaluación correcta. ^(20,21)

La valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre 11 patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes. Tiene como objetivo definir el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de cambio de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad. ⁽²⁰⁾

Gordon identifica 11 patrones de salud: 1) patrón de percepción-control de salud, 2) patrón nutricional-metabólico, 3) patrón de eliminación, 4) patrón de actividad-ejercicio, 5) patrón de sueño-descanso, 6) patrón cognitivo-perceptivo, 7) patrón autopercepción-autoconcepto, 8) patrón rol-relaciones, 9) patrón de sexualidad-reproducción, 10) patrón de adaptación-tolerancia al estrés, 11) patrón de valores y creencias. Comprendiendo las alteraciones psicopatológicas y psiquiátricas contempladas en los patrones de salud abarcan los siguientes campos: conciencia, atención, orientación, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje, motricidad, alimentación, ansiedad, psicomotricidad, sueño y psicosexualidad. El diseño del registro de enfermería basado en las aportaciones enfermeras respecto a los «patrones funcionales de salud» está elaborado utilizando los criterios psicopatológicos más importantes y reconocidos en el DSM IV. La descripción y evaluación de estos patrones permiten determinar si la función de aquéllos es positiva, o si por el contrario, existe disfunción. No obstante, señala que dicha división es artificial, pues el funcionamiento humano debe verse de forma integral. Por consiguiente, todos los patrones deben considerarse interrelacionados, interactivos e interdependientes ⁽²¹⁾.

La valoración de cada uno de los patrones debe evaluarse en el contexto de los demás, ya que ningún patrón podrá comprenderse sin conocer los restantes. Los 11 Patrones Funcionales son ⁽²¹⁾:

Patrón 1: Percepción de la salud

Este patrón comprende lo que el individuo siente de su salud y la importancia de ésta respecto a sus actividades y sus planes futuros, así como el nivel general de comportamiento de cuidados de salud, tales como un permanente cumplimiento de medidas preventivas de salud tanto física y mental, de órdenes prescritas por el médico o la enfermera y de una continuidad del cuidado de la salud ⁽²¹⁾.

Patrón 2: Nutricional/metabólico

Describe las costumbres que el individuo tiene respecto al consumo de alimentos y líquidos relacionados con su necesidad metabólica y a los nutrientes locales existentes. Comprende la ingesta usual de líquidos y alimentos que hace el sujeto, horarios, tipos y cantidad de alimentos consumidos, preferencias, uso de suplementos nutricionales como vitaminas. Implica también el informe de cualquier tipo de lesión en la piel y de la facilidad para cicatrizar. Se incluyen las condiciones de piel, uñas, pelo, membrana mucosa, dentadura y datos objetivos de temperatura corporal, altura y peso. Desde el punto de vista de la psicopatología pueden contribuir a la disfunción de este patrón la anorexia, la bulimia y los pensamientos distorsionados ⁽²¹⁾.

Patrón 3: Eliminación

Describe las formas usuales de la función excretora (intestino, vejiga y piel). Comprende la percepción del individuo de su regularidad de las funciones excretoras, el uso de laxantes para la eliminación intestinal y de cualquier cambio o alteración en la frecuencia, en la forma, calidad y cantidad de la excreción. Implica también el uso de algunos aparatos especiales para controlar la excreción. Desde el punto de vista psicopatológico el consumo de opiáceos puede contribuir a la alteración de este patrón ⁽²¹⁾.

Patrón 4: Actividad/ejercicio

Describe las costumbres o prácticas usuales respecto al ejercicio, actividad, ocio y recreación. Comprende actividades de la vida diaria que exigen gasto de energía tales como higiene, cocinar, salir de compras, comer, trabajar y atender el hogar. Incluye además el tipo, cantidad de ejercicio, incluyendo los deportes que dan una idea del patrón típico de ese individuo ⁽²¹⁾.

Se incluyen también los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado del individuo tales como los déficits neuromusculares y sus formas de compensación (aparatos); disnea, angina, calambres al hacer ejercicio y condiciones cardiopulmonares si es el caso. Los patrones de ocio se incluyen también y describe las actividades que el individuo cumple para recrearse ya sea con un grupo o con un individuo. Se hace énfasis en las actividades de mucha importancia para la persona. Además de múltiples factores

fisiológicos, desde la perspectiva psicopatológica pueden contribuir a la alteración de su función: las crisis de angustia, la depresión, los estados maníacos y los trastornos psicomotores ⁽²¹⁾.

Patrón 5: Sueño/descanso

Describe los hábitos de sueño, descanso y relajación. Incluye la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso. Además de la edad, la preocupación por la hospitalización y el temor a los ambientes desconocidos, entre los principales factores psicopatológicos que pueden contribuir a su alteración cabe destacar: la ansiedad/estrés, la depresión, la manía y las alteraciones cognitivo-perceptivas. Implica también todo tipo de ayudas que emplea para dormir ya sea medicamentos o rutinas especiales ⁽²¹⁾.

Patrón 6: Cognitivo/perceptivo

Describe los patrones sensoperceptivos y cognitivos. Describe también la percepción y manejo del dolor así como las funciones cognitivas relacionadas con la atención, orientación, pensamiento, memoria, razonamiento, lenguaje, resolución de problemas, etc. En Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental, se considera uno de los patrones más importantes ya que suele estar alterado en todos, o casi todos los casos. Constituye el de mayor extensión en la recogida de información ⁽²¹⁾.

Patrón 7: Autopercepción/autoconcepto

Describe la percepción que tiene de sí mismo el paciente según cuatro variables principales; imagen corporal, estimación propia, cumplimiento de cometido (competencia) e identidad personal. Puede verse alterado por sentimientos de desamparo, amenazas reales o percibidas, situaciones de estrés incontrolable, pérdida de parte del cuerpo o función del mismo, falta de adecuación a los refuerzos sociales, etc. Incluye en su valoración información sobre el estado de ánimo, ideas y actitudes sobre uno mismo y sus competencias. Es importante valorar aspectos verbales y no verbales ⁽²¹⁾.

Patrón 8: Rol/relaciones

Comprende los principales roles y responsabilidades de las situaciones de la vida que él individuo identifica como suyas. Incluye la satisfacción o insatisfacción en la familia, trabajo, o en relaciones sociales así mismo las obligaciones relacionadas con el rol que desempeña. Además de factores sociolingüísticos y fisiológicos, desde el punto de vista *psicopatológico* pueden actuar como factores contribuyentes en la disfunción de este patrón: la enfermedad física o mental, el estrés, el miedo, la ira y la agresividad ⁽²¹⁾.

Patrón 9: Sexualidad/reproducción

Incluye la percepción de satisfacción o disfunción que tiene el individuo en su patrón sexual o de reproducción. Está estrechamente relacionado con el patrón de rol-relaciones. Además de un déficit de conocimientos, consecuencias de tratamientos o intervenciones terapéuticas, falta de intimidad, ausencia o disfunción de algún miembro o parte del cuerpo, etc., existen algunos trastornos psicopatológicos (problemas de identidad, culpa, sentimientos o abusos deshonestos, violaciones, agresiones, etc.) que pueden interferir un funcionamiento positivo de este patrón, tanto en la víctima de agresiones/lesiones como en la persona mentalmente enferma ⁽²¹⁾.

Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés

Describe el patrón habitual que él sujeto tiene de enfrentar efectivamente los estímulos estresantes y la manera de tolerarlos. Comprende las reservas o capacidades para resistir desafíos a la integridad personal, las formas de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares o de otra fuente y las capacidades que reconoce tener para manejar y controlar situaciones. Se reconocen como factores contribuyentes a la disfunción de este patrón, todos aquellos susceptibles de desencadenar un estado de ansiedad puntual o permanente, ya sean por motivos personales (por ejemplo estilos de pensamiento), socioculturales o laborales ⁽²¹⁾.

Patrón 11: Valores/creencias

Describe el patrón de valores, metas o creencias (incluyendo los espirituales) que orientan las decisiones. Comprende aquello que el individuo percibe como significativo en la vida, los conflictos y valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud ⁽²¹⁾.

5.4 Teorías de otras disciplinas

Primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos son el primer apoyo psicológico que debe recibir un individuo que ha atravesado una crisis, su meta principal es el restablecer el funcionamiento inmediato. Siendo el objetivo primario del asistente el auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema ^(22, 23).

Dentro de los primeros auxilios psicológicos se encuentran tres submetas; el proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y proporcionar un enlace con fuentes de asistencia, así también cuenta con cinco componentes, los cuales se mencionan a continuación:

- Realización del contacto psicológico

También definido como empatía o sincronización con los sentimientos de una persona durante una crisis. El escuchar de modo empático se identifica con la terapia centrada en el paciente y es una condición previa para cualquier actividad de asistencia.

Existen varios objetivos para la realización del contacto psicológico; el primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de las emociones. El contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a reconocer y legitimar los sentimientos, de ira, dolor, temor, etc., y a partir de eso reducir la intensidad emocional, la energía puede entonces reorientarse hacia hacer algo acerca de la situación. ^(22,23)

- Analizar las dimensiones del problema

La indagación se enfoca en tres áreas; pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis, en especial el incidente específico que desato o precipito la crisis. Siendo su objetivo principal el trabajar hacia un orden jerárquico de las necesidades de la persona.

- Analizar posibles soluciones

Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, se analizan las ganancias y las pérdidas de cada solución, jerarquizando las necesidades inmediatas y postergables, identificadas con anterioridad.

Al seguir el principio básico de la intervención en crisis, ponemos a la gente a emprender tanto como pueden por sí mismos, incluso si sólo es para generar alternativas acerca de qué hacer en esa situación en particular. La premisa es que la falta de ayuda puede controlarse al alentar al paciente a generar ideas acerca de cuál es el siguiente paso, es decir, auxiliarlo a participar a partir de una posición de fortaleza antes que de debilidad. Esto puede evolucionar a partir de hacerle preguntas acerca de cómo ha tratado problemas previos. Sólo después de analizar las sugerencias del cliente, el consejero se asocia en una lluvia de ideas para generar otras soluciones al problema ^(22,23).

- Asistir en la ejecución de pasos concretos

Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis. Según los principales factores (letalidad y capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio), el asistente toma una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis. Si la situación tiene una alta letalidad (peligro para el paciente, para el asistente o para alguien más) o si la persona no es capaz de cuidar de sí misma, entonces la actitud del asistente es directiva. Cuando no existe peligro para sí mismo o para otros, y cuando una persona, aunque este perturbado emocionalmente es todavía funcional en sus actividades de la vida diaria, el papel del asistente es más facilitador que directivo ^(22,23).

- Seguimiento

Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso, la principal actividad del asistente aquí es especificar un recurso para que él y el paciente estén en contacto en un tiempo posterior, llegando al objetivo de completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos, las cuales son: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y el cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo ^(22,23).

Modelos de intervención en el consumo nocivo de alcohol

El abordaje terapéutico de los pacientes con el Síndrome de Dependencia Alcohólica se encuentra fuertemente influenciado por las concepciones moralistas que, en el siglo XIX, etiquetaban al alcohólico como un vicioso y no como a un enfermo, es lógico que las primeras intervenciones terapéuticas procediesen del campo de la moral y no de la ciencia. De hecho, aun hoy en día, la concepción moralista de la enfermedad se halla profundamente arraigada en amplios sectores sociales y sigue constituyendo un serio obstáculo para la identificación y tratamiento precoz de los afectados ⁽²⁴⁾.

En el transcurso de los años, se ha experimentado una evolución desde los antiguos modelos morales hasta los modernos modelos profesionales. Desde esta perspectiva, el terapeuta deja de ser quien “dirige” al paciente, para convertirse en un acompañante que a lo largo del camino. Al terapeuta le corresponde una labor de acompañamiento y asesoramiento, en la cual su misión principal consiste en ayudar al usuario a ejecutar un buen uso de sus propias capacidades en el proceso de rehabilitación. La utilización de técnicas motivacionales sustituye a la confrontación. Desde esta perspectiva, se supera el modelo convencional de “todos los alcohólicos son iguales y deben tratarse de la misma forma”, para pasar a la organización de estrategias terapéuticas individualizadas, que toman en consideración no sólo los favores individuales, sino también los familiares y sociolaborales, donde el paciente participa activamente en su proceso de cambio ⁽²⁴⁾.

Así, a corto plazo, los objetivos prioritarios deben centrarse en la reducción del daño y en la interrupción de las conductas de consumo, al tiempo que se intenta establecer una relación de colaboración con el paciente que permita ganarse su confianza y, en definitiva, convertirse en protagonista de su propio cambio. A mediano plazo se buscará la progresiva adquisición de “conciencia de enfermedad”, la remisión estable de la patología, psíquica y sociofamiliar existente, así como el fortalecimiento de la autoeficacia y de la motivación para el cambio. Finalmente, los objetivos a largo plazo deben incluir la consolidación de la “conciencia de enfermedad” y la motivación para el cambio, por un lado, mientras que por el otro se debe facilitar la progresiva separación del equipo terapéutico mediante la potenciación del uso de los propios recursos de la persona y el establecimiento consensuado de un plan de intervención rápida en caso de recaída ⁽²⁴⁾.

El trabajo de Prochaska y DiClemente, así como el de la escuela motivacional de Miller y Rollnick, son los responsables de que, en estos últimos años, se haya provocado un

cambio en los modelos terapéuticos utilizados en el curso de la deshabitación. Se ha pasado de estrategias de confrontación a planteamientos más sutiles, donde se busca estimular y potenciar los procesos individuales de cambio. Para ello, se utilizan las técnicas motivacionales que teniendo en cuenta el estadio del cambio en que el usuario se encuentra, procuran generar una confrontación interna que le ayude a posicionarse frente a su problema de consumo de sustancias de la forma más saludable posible. Los terapeutas deben entender que el cambio de hábitos no puede ser inmediato, sólo se consolida con tiempo y, a menudo, con algunas recaídas ⁽²⁴⁾.

A continuación, se presenta el Modelo Transteórico del cambio propuesto por Prochaska y DiClemente:

Modelo Transteórico del cambio

De acuerdo con este modelo el proceso de cambio en las personas se conforma de una serie de etapas, cada uno con una actitud y un tipo de motivación diferente. Estos estadios fueron representados como una rueda del cambio, el cual explica que las personas se ubican en un continuo circular que puede ser bidireccional. El modelo sostiene que, en cualquier proceso de cambio, las personas circulan o transitan varias veces alrededor de éste antes de alcanzar un cambio estable ^(25,26).

Las etapas del cambio representan las fluctuaciones y dinámica de la motivación en el proceso de cambio de la persona a través del tiempo, siendo estas las siguientes:

Etapas de precontemplación

El término “pre contemplador” implica que alguien sabe que tiene un problema, aunque no es consciente de él, en esta etapa se representa el statu quo, una persona en esta etapa no se plantea modificar su conducta ya que no son conscientes (o lo son mínimamente), de que dicha conducta represente un problema. El cambio es visto como irrelevante, no deseado, innecesario o imposible de lograr. La conducta es totalmente funcional para la persona. Esto puede deberse a diversas circunstancias, por ejemplo:

- A la escasa o nula información o desinformación sobre las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su comportamiento.
- Por haber tenido previos fracasos ante el intento de cambiar y ahora se encuentra desmotivado en cuanto a su capacidad de hacerlo.

Es por ese motivo que una persona que se sitúa en la etapa de precontemplación necesita información y feedback, a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar.

Etapas de contemplación

Una persona en esta etapa es consciente de que existe un problema considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso serio de cambio. Esta etapa involucra un proceso de evaluación de los riesgos y beneficios, pros y contras de realizar un cambio en la conducta ^(25,26).

En esta etapa la persona entra en un periodo caracterizado por la ambivalencia, ya que considera y rechaza el cambio a la vez, experimentando razones de preocupación o de falta de preocupación, motivaciones para cambiar o para seguir sin cambiar. La tarea del terapeuta en esta etapa consiste en ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio y en este caso la entrevista motivacional ^(25,26) puede resultar particularmente útil.

Etapas de determinación

Esta etapa se caracteriza por el hecho de que las personas toman la decisión y se comprometen a abandonar su conducta problema, así como por ser la fase en la que se realizan pequeños cambios en la conducta ^(25,26).

La tarea del terapeuta cuando un paciente está en la etapa de determinación no es la de motivarle sino la de aconsejarle el recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y efectivo.

Etapas de acción

Es la etapa en la que la persona cambia su conducta y el estilo de vida asociado a tal conducta. Representa la puesta en marcha de los planes de acción. La persona realiza cambios objetivos, medibles, exteriorizados de su comportamiento. Puesto que el estadio de acción es observable, el cambio del comportamiento ha sido equiparado a la acción. Al mismo tiempo, la acción es un estadio reconocido como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión al estadio de mantenimiento. El objetivo durante esta etapa es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver ^(25,26).

Etapas de mantenimiento

Durante esta etapa se mantiene el cambio conseguido en la etapa anterior, la persona trabaja activamente en la prevención de la recaída usando una variada y específica serie de estrategias y habilidades que fueron necesarias en el proceso de cambio inicial. Identifica y utiliza mecanismos para afrontar situaciones de riesgo de consumo evitando comportamientos anteriores, con lo cual aumenta progresivamente su confianza para mantener el cambio ^(25,26).

Si bien la recaída no está considerada como un estadio de cambio, forma parte del proceso de modificación que se desea lograr, y se hace presente en diferentes momentos, es por ello por lo que se dice que la mayoría de las personas que tratan de cambiar cualquier patrón de conducta de larga duración, regresan al consumo por lo menos una vez (consumo puntual), por lo que esta situación se considera como algo normal o esperado en este proceso. Aquí la tarea del terapeuta es ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar con el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación, y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y de mantenimiento.

Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional es una herramienta clínica derivada de investigaciones que se articulan con la práctica clínica para generar estrategias motivacionales que contribuyan al proceso de interrupción o reducción del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. En sus primeras definiciones de la entrevista motivacional Miller y Rollnick ⁽²⁶⁾ la definían como “un método directivo, centrado en el cliente y orientado a incrementar la motivación interna de la persona para lograr un cambio, vía la exploración y resolución de la ambivalencia”.

La más reciente definición de la entrevista motivacional que proponen sus autores es ^(25,26): “La Entrevista Motivacional es una herramienta clínica, orientada hacia objetivos, con una particular atención en el lenguaje que promueve el cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para lograr un cambio específico a través de la inducción y exploración de las razones que tiene la persona para realizar una modificación a su conducta. Todo ello dentro de una atmosfera de aceptación y compasión”.

Principios clínicos de la entrevista motivacional

El fin de la entrevista motivacional es reducir la ambivalencia acerca del cambio e incrementar la motivación interna, para lograr que el/la paciente realice cambios significativos en su patrón de consumo. Para el logro de este objetivo Miller y Rollnick describieron cinco principios básicos y habilidades que los/las terapeutas deben tener en cuenta durante su intervención ^(25,26) los cuales se describen a continuación:

Principio 1: Expresar Empatía

Es una condición indispensable en toda relación humana; el entrevistador debe tratar con respeto las diferencias que tenga con respecto a la persona que tiene enfrente. Esto significa que debe aceptar y tolerar su forma de pensar, de vestir, etc., adoptando una escucha reflexiva a su discurso, y de ser posible, cierto grado de solidaridad emocional. El entrevistador debe reconocer y respetar los sentimientos y perspectivas de las personas sin juzgar, criticar o culpabilizar.

La expresión de la empatía involucra una actitud comprensiva, sin juicios de valor en la que el terapeuta intenta ver el mundo desde la perspectiva del cliente. Un terapeuta empático busca responder a los puntos de vista del paciente de una manera comprensiva, global y (dentro del punto de vista del paciente) válida.

Principio 2: Introducir la discrepancia

Un segundo principio general de la entrevista motivacional es, crear y potenciar, en la mente de el/la persona, una discrepancia entre donde uno esta y donde uno querría estar. El darse cuenta de las discrepancias puede aumentar la motivación hacia el cambio.

Los objetivos que se trabajen deben ser importantes para la persona, además de ser claros; se analizan las consecuencias reales o potenciales de su conducta actual y que a su vez entran en conflicto con los objetivos deseados. Cuando se hace de forma adecuada, la entrevista motivacional cambia las percepciones de la persona sin crear un sentimiento de que se le está presionando o coaccionando.

Principio 3: Evitar la discusión

La entrevista motivacional es un enfoque no confrontativo, su objetivo es aumentar la conciencia de los problemas y la necesidad de hacer algo con ellos por lo que este tercer

principio invita a los/las terapeutas a evitar las discusiones y las confrontaciones cara a cara con los/las pacientes.

Principio 4: Trabajar con la resistencia

En la entrevista motivacional un objetivo importante consiste en evitar que surja o que aumente la resistencia ya que cuan más se resista un paciente, menos probabilidad hay de que se suscite un cambio. El entrevistador debe buscar aprovechar el momento actual en el que se encuentra la persona con el fin de obtener el mayor beneficio posible, darle un giro a la resistencia y fomentar una nueva percepción para el cambio.

Principio 5: Fomentar la confianza en las propias habilidades (Autoeficacia)

La autoeficacia es un factor motivacional y tiene gran influencia en iniciar una nueva conducta y mantenerla. Algunos mensajes que pueden apoyar la percepción de la confianza de la persona es resaltar la responsabilidad personal y la necesidad de aumentar pensamientos positivos en él, acerca de su capacidad para hacer frente a las situaciones de riesgo al consumo, y tener éxito en el cambio.

En este punto, los mensajes a promover son los siguientes: “Usted puede hacerlo”, “Claro que puede conseguirlo”; “Si lo deseas, puedo colaborar contigo para que tú puedas lograr cambiar aquello que te interesa”. En el caso de las intervenciones grupales, el contacto de la persona con otras que han vivido experiencias satisfactorias de avance y mejoría coadyuva a que sirvan de modelos de observación, y se fomente la motivación para el cambio de la conducta de consumo.

5.5 Proceso de Enfermería

El proceso de Enfermería "Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente". Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. ^(13,27)

El proceso de enfermería tiene las siguientes características:

- Es un método porque sigue una serie de pasos, que permiten organizar la solución de problemas relacionados con la salud de los usuarios; lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo, se compara con las etapas del método de solución de orden lógico, y que conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado); que es más que la suma de sus partes, y que no se debe fraccionar.
- Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y del propio personal de enfermería.
- Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

Las etapas que constituyen al Proceso de Atención de Enfermería son:

- Valoración: nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.
- Diagnóstico: consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.
- Planeación: es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.
- Ejecución: consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.
- Evaluación: permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias del personal de enfermería en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

En el siguiente apartado encontrará información referente a la patología y neurobiología del alcoholismo.

5.6. Patología y/o Enfermedad

¿Qué se entiende por consumo de alcohol?

El consumo de alcohol constituye un serio problema social por sus repercusiones en la salud individual y colectiva, ya que es la droga de abuso más extendida en el mundo, y la de mayor impacto social dentro de las de consumo legal, por las alteraciones que aporta en la conciencia y en el comportamiento, además que su consumo es uno de los más tolerados socialmente a escala mundial ⁽²⁸⁾.

Los trabajadores de atención primaria de la salud pueden describir el consumo de alcohol de sus pacientes en términos de gramos de alcohol consumidos o de bebidas estándar, este término es utilizado para simplificar la medición del consumo de alcohol ⁽⁶⁾. El trago estándar o unidad de bebida estándar es una medida que nos permite saber la cantidad de alcohol que ingirió una persona, sin importar el tipo de bebida que haya tomado. En

México una unidad de bebida estándar tiene aproximadamente 13g de alcohol etílico ⁽²⁴⁾.

A continuación se describen las unidades de bebida consumidas en el país:

- 1 lata de cerveza o botella de cerveza de 340 ml al 5%.
- 1 tarro de pulque.
- 1 cuba (whisky, ginebra, vodka) 40 ml al 36%.
- 1 copa de vino blanco o tinto (ejemplo 140ml al 12% o 90 ml al 14%).
- 1 caballito de tequila o de cualquier otro destilado.
- 1 copa de licor (ejemplo 70ml al 25%).

Así también la OMS ⁽²⁴⁾ establece límites para el consumo de menor riesgo, estos dependerán de factores como la talla, peso, el género, la masa corporal, la frecuencia de consumo, la condición de salud, entre otras, a continuación, se describen las siguientes:

- Mujeres: No más de 3 copas por ocasión y no más de 9 a la semana.
- Hombres: No más de 4 copas por ocasión y no más de 12 copas por semana.
- Para ambos sexos: No más de 1 copa por hora.

A continuación, se describen las definiciones de los diferentes niveles de consumo de alcohol ⁽²⁴⁾:

- Aquellas personas que reportan no beber en el último año o que nunca han ingerido alcohol, así como aquellos que no hacen uso de la sustancia, se les define como **abstemios**.
- Cuando, en los últimos doce meses, las cantidades y frecuencia de consumo presentan una baja probabilidad de causar daños a uno mismo o a los demás estaríamos hablando de un **consumo de bajo riesgo**.
- El **consumo de riesgo**: se define como un nivel o patrón de consumo (beber más de cinco unidades estándar en una sola ocasión) que puede provocar consecuencias perjudiciales para la salud física, mental y/o social, si el hábito persiste.
- El **consumo nocivo o perjudicial**: está definido como el uso de alcohol en un periodo de 12 meses (o más) que produce peligros o deterioros clínicos importantes, por motivos tales como consumo recurrente, que da lugar al cumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela, la casa, problemas legales

relacionados con el alcohol, consumo continuado a pesar de tener problemas sociales recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

- **Intoxicación:** puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo.
- **Dependencia del alcohol:** el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la dependencia de alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

Para mayor comprensión del tema, se explica a continuación la neurobiología implicada en el consumo nocivo de alcohol:

Neurobiología del consumo nocivo de alcohol

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas de mayor consumo, debido a que favorece la acción del aminoácido ácido gamma-aminobutírico (GABA) y antagoniza la acción del glutamato, consecuentemente a nivel cerebral el alcohol potencia los efectos inhibidores e inhibe a los excitadores, por ello, se sitúa entre las sustancias depresoras del sistema nervioso central dentro de las drogas psicoactivas. El efecto depresor del alcohol sobre el sistema nervioso se ha relacionado con los efectos de sedación, relajación y somnolencia ^(28,29).

Los efectos del alcohol en el sistema nervioso pueden ser explicados a partir de la interacción de dos complejos proteicos de importancia medular en la recepción y procesamiento de señales ^(28,29):

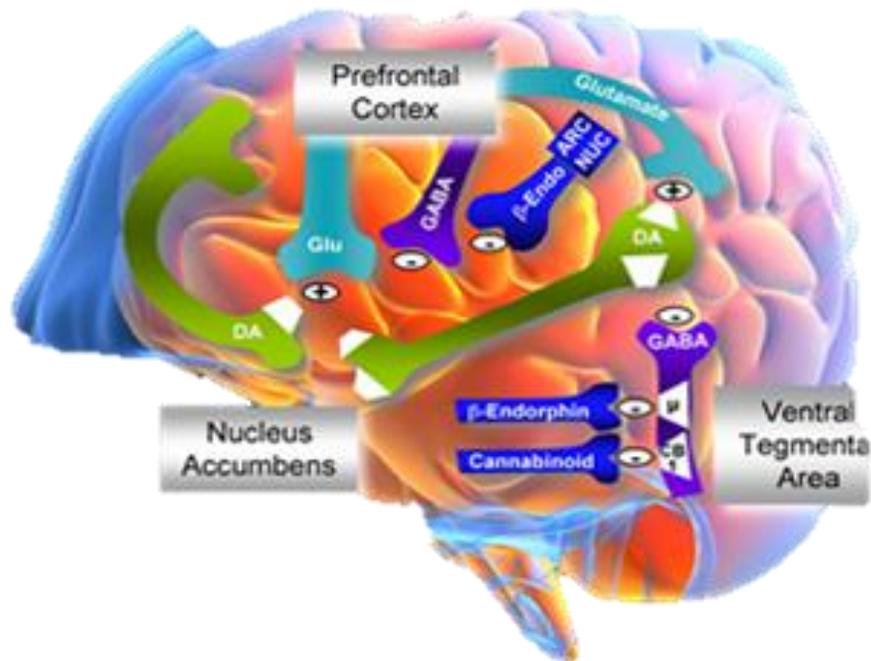
1. El receptor GABA (aminoácido ácido gamma-amino-butírico), neurotransmisor inhibitor del Sistema Nervioso Central, liberado por neuronas gabaérgicas disminuyen de manera transitoria la excitabilidad de otras neuronas, lo que se

traduce en una atenuación de la respuesta de estas últimas ante estímulos posteriores.

2. El receptor NMDA (N-metil-D-aspartato) del glutamato junto con el aspartato actúan como neurotransmisor excitador; la respuesta de las neuronas inervadas por neuronas glutamatérgicas es la disminución de su umbral de excitación.

La administración aguda de alcohol facilita la actividad de los receptores GABA, produciendo un efecto de enlentecimiento del sistema nervioso central, que en grado extremo puede llegar al coma y la muerte por parada cardiorrespiratoria. Sin embargo, el consumo crónico produce cambios adaptativos, del tipo regulación descendente de los receptores GABA, en conexión con un estado de hiperexcitación del sistema nervioso central, como sucede durante la abstinencia del alcohol ^(28, 29,30).

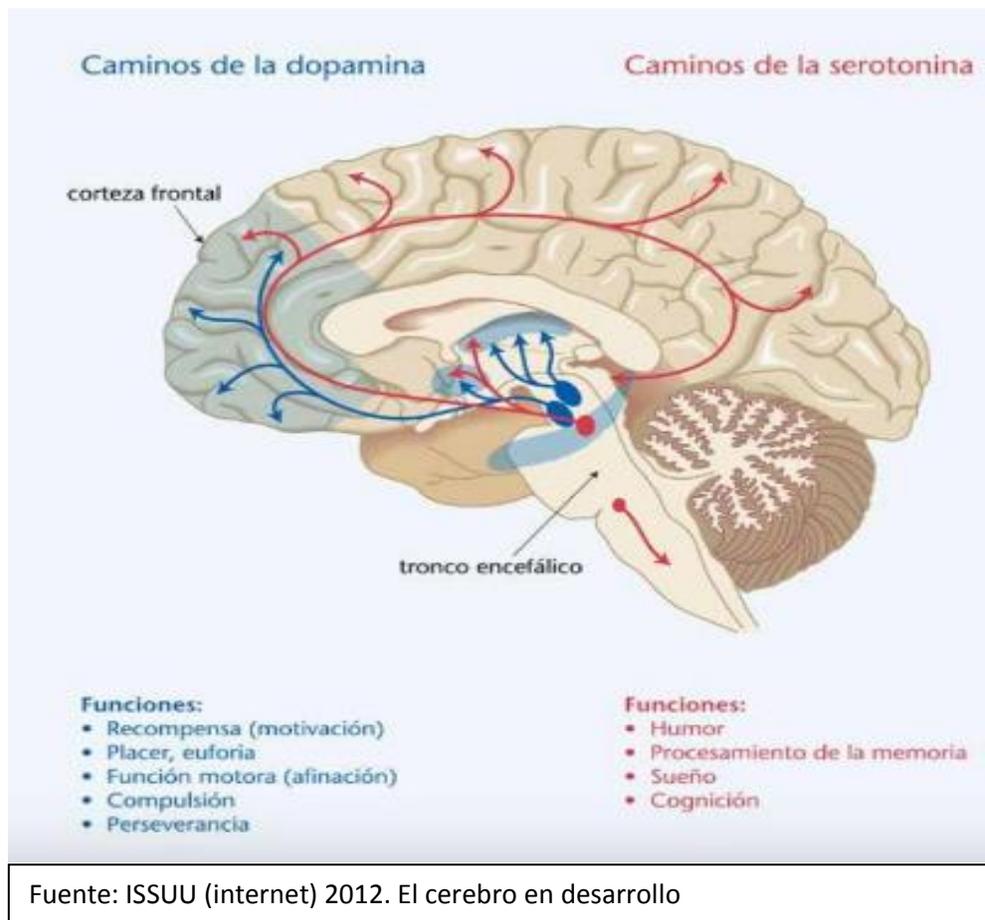
Figura 1. Circuito de motivación y recompensa



Fuente: Blog. Mancia.org (internet) 2014. Bioquímica de las adicciones

La administración aguda de alcohol y drogas produce efectos reforzadores positivos mediante la activación del circuito de la recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico, constituido por neuronas dopaminérgicas agrupadas en el área ventral tegmental (AVT) que se proyectan al núcleo accumbens (NAcc) y a la amígdala (AMI), constituyendo la vía mesolímbica, y a la corteza prefrontal (CPF) constituyendo la vía mesocortical, en donde la dopamina ejerce su acción sobre los receptores dopaminérgicos D1 y D2 expresados en las neuronas del núcleo accumbens y sobre terminales glutamatérgicas que llegan de otras estructuras, como la corteza prefrontal y la amígdala. Estas vías dopaminérgicas son las más importantes para el sistema de motivación y recompensa ^(28, 29,30).

Figura 2. Vías dopaminérgicas



El área ventral tegmental se activa cuando realizamos una tarea gratificante y consecuentemente aumenta la liberación de dopamina y lo activa, este mismo sistema es activado por drogas de abuso, liberando dopamina y facilitando una mayor sensación placentera. Estas sustancias afectan al sistema de motivación y recompensa, generando una liberación masiva de dopamina asociada al consumo y una reducción en su liberación es así como durante la abstinencia se relaciona con el estado de ánimo disfórico que afecta al usuario, propiciando el craving o síndrome de abstinencia que frecuentemente obliga a consumir la sustancia de nuevo ^(28,29,30).

Síndrome de dependencia del alcohol

Las dos grandes clasificaciones internacionales de trastornos mentales y del comportamiento; la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) publicada por la OMS en 1992 y el Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), publicado por la Asociación de Psiquiatría América en 1994, no integran el término alcoholismo, pero lo relacionan con el consumo nocivo para la salud. ^(5, 28,30) Definiendo:

- Adicción: consumo compulsivo y continuo a pesar de las consecuencias adversas.
- Dependencia física: estado de adaptación que se manifiesta como un síndrome de abstinencia específico.
- Dependencia psicológica: sentimiento de necesidad de una sustancia.
- Abstinencia: constelación de síntomas que pueden ocurrir después de haber cesado o disminuido el consumo de una sustancia determinada; varían en intensidad y no son necesariamente proporcionales al consumo de la sustancia.
- Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de sustancia para obtener el efecto deseado.
- Recaída: reinicio del consumo tras un periodo más o menos prolongado de abstinencia.
- Craving o anhelo: deseo compulsivo o irrefrenable de consumo que presentan los pacientes usuarios de la sustancia cuando se ha desarrollado la dependencia.
- Desintoxicación: fase de tratamiento farmacológico del paciente dependiente por la cual se evita o minimiza la aparición del síndrome de abstinencia.
- Deshabitación: proceso en donde el paciente recupera o adquiere la capacidad de realizar actividades sin el consumo de sustancias nocivas.

La OMS denomina en la actualidad al alcoholismo cómo "síndrome de dependencia del alcohol" y está incluido en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades No. 10 (CIE-10), a continuación, se muestra las siguientes tablas que describen los criterios para la dependencia de alcohol, así como la clasificación de los efectos de intoxicación por consumo de alcohol:

Tabla. 1. Criterios CIE-10 para dependencia de alcohol

1. Evidencias de tolerancia a los efectos del alcohol, de modo que se requiere un marcado aumento progresivo de la dosis de alcohol para lograr la embriaguez o efecto deseado, o un efecto marcadamente disminuido al seguir usando la misma cantidad de alcohol.
2. Estado fisiológico de abstinencia, cuando el consumo de alcohol se reduce o suspende, lo que se evidencia por un característico síndrome de abstinencia de la sustancia, de manera que se recurre al consumo de la misma, o de una similar, con la intención de aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
3. Persistencia en el consumo de alcohol, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, según lo evidencia el uso continuado de alcohol, aun cuando la persona es consciente –o cabría esperar que lo fuera– de la naturaleza y magnitud del daño.
4. Preocupación por el uso de alcohol, manifestado por: abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol; aumento de la cantidad de tiempo que la persona pasa tratando de obtener alcohol, consumirlo y recuperarse de sus efectos.
5. Disminución de la capacidad para controlar el uso de alcohol, ya sea al iniciar el consumo o para dejar de seguir bebiendo o para regular la cantidad; siendo prueba de ello que el consumo de alcohol aumenta en tiempo y cantidad, fracasando así los esfuerzos y deseos de reducir o controlar su consumo.
6. Deseo intenso y compulsivo de consumir alcohol.

Fuente: OMS, OPS. [Internet] 2008. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.

Tabla 2. Escala de Clasificación Clínica de la Intoxicación Etílica

Intoxicación	Etanol en sangre mg/dl	Signos y síntomas
Intoxicación Legal	50 -100 mg/dl	Euforia, verborrea, desinhibición e incoordinación.
Intoxicación Leve	100 – 200 mg/dl	Labilidad emocional, nistagmos, diplopía, disartria, ataxia, alteración de reflejos, náusea y somnolencia.
Intoxicación Moderada	200 – 300 mg/dl	Lenguaje incoherente, vómitos, agresividad, letargia, estupor.
Intoxicación Grave	300 -400 mg/dl	Hipotermia, midriasis bilateral poco reactiva, hipotonía, abolición de los reflejos osteotendinosos, bradicardia e hipotensión, depresión del SNC, coma.
Intoxicación potencialmente letal	Mayor a 400 mg/dl	Convulsiones, depresión respiratoria, muerte.

Fuente: CENETEC. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Intoxicación aguda por alcohol etílico en el adulto en segundo y tercer nivel de atención.2013. México.

Hay que recordar que no todo síndrome de abstinencia llega a delirium tremens, pero sí todo delirium tremens significa disminución significativa en el consumo de alcohol y, por lo tanto, cierto grado de abstinencia. La abstinencia puede manifestarse a las pocas horas de haber dejado de consumir la sustancia o al cabo de pocos días (generalmente menos de una semana), y la persona empieza a tener signos y síntomas como; notarse inquieto, tembloroso, ansioso, irritable, con sudoración profusa. Si es de gravedad, se presenta desorientación, confusión, delirio, ilusiones, alucinaciones preferentemente visuales, insomnio y agitación psicomotriz, lo que constituye el llamado delirium tremens, que puede llegar a causar la muerte y qué requiere un tratamiento en unidades de cuidados intensivos o especializados en adicciones.

VI. Metodología

6.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso

Se trata de un estudio de caso que utilizó como fuente de datos el formulario de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, así como de la entrevista semi estructurada con enfoque motivacional con el fin de conocer la dimensión del problema, y recabar información sobre aspectos psicológicos, biológicos, sociales y económicos del entrevistado, así como las necesidades alteradas, para posteriormente jerarquizar los problemas prioritarios y realizar diagnósticos de enfermería para actuar de una manera oportuna.

Así también se realizó una revisión de la bibliografía relacionada con el tema de estudio, se adjuntaron datos estadísticos de los últimos años propuestos por la OMS, y de la última Encuesta Nacional de Adicciones realizada en México, para la consecución de la descripción y análisis del plan de cuidados individualizado, se utilizaron los datos obtenidos de la historia clínica de la persona, así como de la valoración estandarizada por patrones funcionales de Marjory Gordon, para la realización de diagnósticos de enfermería se utilizó el formato de problema, etiología y síntoma (formato PES), y finalmente para la obtención de los resultados se utilizó la observación y evaluación de la persona a lo largo de los días de intervención.

6.2 Selección de caso y fuentes de información

Selección del caso

La selección del caso fue durante el período de prácticas comunitarias del primer semestre de la especialización de Enfermería en Salud Mental, realizadas del 21 de noviembre del 2017 al 12 de enero del 2018, en un Hospital General de la Ciudad de México.

El primer contacto con el paciente fue a través de la impartición de un taller psicoeducativo titulado "conciencia de enfermedad" que se llevó a cabo en la sala de espera del área de observación urgencias en un Hospital General de la Ciudad de México, tiempo después de terminar el taller se acercó el padre del entrevistado, solicitando ayuda para su hijo, razón por la cual se proporcionó una intervención breve de primeros auxilios psicológicos, detectando que el paciente se encontraba con problemas de consumo nocivo de alcohol, razón por la cual se le sugirió acudir al Centro de Ayuda para el

Alcohólico y sus Familiares; pensando que la intervención con el paciente había culminado ese día, pues ya había recibido alta médica, sin ser derivado a algún servicio de psicología por parte del servicio médico del Hospital General. Fue de mi interés encontrar al paciente al siguiente día en la sala de hospitalización de urgencias, motivó por el cual lo invito a contribuir en una actividad explicando qué esta solo tiene fines académicos, y que es correspondiente a las practicas realizadas de la especialización en enfermería en salud mental, informando qué dichas actividades son: una valoración y una entrevista para conocer sobre su experiencia e historia de vida de su padecimiento, además la información proporcionada sólo sería utilizada con fines académicos respetando su integridad en todo momento, el paciente aceptó participar en la actividad, firmando su consentimiento informado.

En cuanto a las fuentes e instrumentos utilizados para la elaboración del estudio de caso se encuentran los siguientes:

Fuentes de información

- Fuente de información directa.
- Fuente primaria: Entrevista.
- Fuente terciaria: Artículos y documentos obtenidos de bases de datos para la elaboración del marco conceptual.

Otros instrumentos

- Instrumento de valoración de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Familiograma.
- APGAR Familiar.
- Ecomapa.
- Primeros Auxilios Psicológicos.
- Técnicas de Entrevista motivacional.

6.3 Consideraciones Éticas

Como resultado de la educación y profesionalismo de la enfermera, es necesario conocer los enfoques éticos y bioéticos actuales para ejercer un cuidado de manera holística, orientado en principios, valores y reglas de integridad, que constituyen el marco ético y legal, contenidos en las leyes, normas, y códigos que deberán llevarse a cabo por el profesional de salud, cuidando la integridad del individuo objeto del cuidado.

A continuación, se muestra el marco jurídico y legal del consentimiento informado.

El consentimiento informado está vinculado con el derecho a la salud, contemplado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que incluye el derecho a la salud, su protección y acceso, y con ello las decisiones que se tomen al respecto (consentimiento informado). Actualmente el derecho a la salud se agota también con el derecho a la información sobre el padecimiento ^(31,32).

Así también de acuerdo al decreto de ley de salud mental en su título cuarto sobre los Derechos humanos y atención a la salud mental, se describe el derecho a la confidencialidad de la información personal, médica y psiquiátrica de su enfermedad y tratamiento contenida en el expediente clínico ⁽³³⁾.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, en su título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, menciona en el capítulo 1, artículo 14, que la investigación que se realice con seres humanos deberá contar con el consentimiento informado, así también en su artículo 16, menciona que en dichas investigaciones se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación ⁽³⁴⁾.

Cabe mencionar que de acuerdo al código de ética para las enfermeras de México, se respetó el principio de autonomía, privacidad, fidelidad, veracidad y confiabilidad, así como el respeto de los derechos generales de los pacientes en particular el ser tratado con confidencialidad ^(35,36).

Recordando la promulgación de la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, esta debe estar sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales, cuidando la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento ⁽³⁷⁾.

Debido a que el estudio de caso implica la aplicación de entrevistas o instrumentos para la obtención de datos referentes al padecimiento del individuo, fue necesaria la autorización del paciente, a través del consentimiento informado para participar voluntariamente en dicha actividad, explicando que la información proporcionada solo sería utilizada para fines académicos correspondientes a las actividades realizadas de las prácticas clínicas de la especialización en enfermería en salud mental, guardando confidencialidad de su información, respetando la intimidad e integridad de la persona, por tal motivo para efectos de la realización de este estudio de caso, me dirigiré al paciente con las iniciales de L.A.G.G que hacen referencia a su nombre.

VII. Presentación del caso

7.1 Descripción del caso

El presente estudio de caso se llevó a cabo con un paciente que acudió a consulta de urgencias el jueves 30 de noviembre del 2017, a un Hospital General de la Ciudad de México, el acercamiento con el paciente fue a partir de la impartición del taller psicoeducativo “conciencia de enfermedad”. Al terminó de dicho taller, el padre de uno de los pacientes que se encontraba en la sala de observación de urgencias se acercó conmigo para solicitarme qué acudiera con su hijo, comentando: “sería conveniente que mi hijo platicara con usted o se le pudiera dar atención psicológica”.

Me acerqué con la persona, era un hombre 33 años, quien se encontraba en la sala de espera del área de urgencias sentado en una banca, con suero fisiológico vitaminado en el antebrazo derecho, me presenté explicando la razón por la que yo me encontraba en el Hospital (prácticas referentes a la especialización de enfermería en salud mental) comentándole que me había acercado a él, porque su padre solicitó el apoyo; solicitando permiso para conversar si es que él lo permitía, el paciente accedió, brindé primeros auxilios psicológicos, debido a que sería una intervención breve ya que el paciente comentó que solo estaría unas horas y que estaba en espera del alta médica, indagando sobre las dimensiones del problema, el entrevistado comentó que se encontraba en el hospital porque había convulsionado, a causa de estar consumiendo bebidas alcohólicas diariamente durante los últimos meses, por el motivo de la separación con su pareja sentimental, el entrevistado se encontraba ambivalente ante la situación comentando; “yo quisiera dejar de beber, lo he intentado y no puedo, porque me siento muy ansioso, mi cuerpo me pide el alcohol y ya no lo puedo dejar, pero sí quisiera dejar de beber, porque no me ha traído nada bueno, al contrario”. Ese día se concluyó la intervención debido a que el médico autorizó el alta hospitalaria por mejoría, sin embargo el área médica no realizó ningún tipo de derivación relacionada para el problemas de consumo nocivo de alcohol, así que se le sugirió a él y a su familiar (padre) acudiera al Centro de Ayuda para Alcohólicos y sus Familiares (CAAF), debido al problema que estaba presentando en ese momento, proporcionando información referente, sobre la ubicación, costos de consulta, así como de las actividades que se brindan en el centro.

Sin embargo, minutos después de haber sido dado de alta, vuelve a presentar una segunda crisis convulsiva, qué ocasiona nuevamente un reingreso hospitalario al área de

hospitalización de urgencias del Hospital General, lo que permitió llevar a cabo un seguimiento del caso durante 3 días, en este momento se invitó al paciente a participar en el estudio de caso, explicando las consideraciones éticas para su elaboración, así como su autorización previa del consentimiento informado para realizar la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon y técnicas de entrevista motivacional para conocer sobre la historia del padecimiento actual.

Antecedentes generales de la persona

Adulto joven de 33 años, originario de la Ciudad de México, nivel de estudios de preparatoria completa, de ocupación sastre, niega enfermedades físicas y mentales, menciona ser católico creyente, actualmente se encuentra desempleado, viviendo en con sus dos hijos, en la casa de sus padres, el motivo de ingreso hospitalario fue a causa de intoxicación por consumo nocivo de alcohol.

Antecedentes familiares

Proveniente de una familia nuclear, el entrevistado menciona haber tenido una buena relación familiar con sus padres y hermanos durante la niñez, su desempeño escolar era regular (calificaciones de 7 u 8), posteriormente en la adolescencia comienza con antecedentes de consumo de alcohol y cannabis a la edad de 16 años para ser incluido en un grupo de pandilleros, refiriendo que en una ocasión al estar en una fiesta con ellos, empezó a pelear sufriendo un traumatismo en el cráneo que ocasionó que convulsionara, y que una vez que había recuperado la consciencia actuó impulsivamente contra quien lo había agredido, subiendo a un carro tratándolo de atropellar, mencionando que se encontraba bajo efectos del alcohol y cannabis, en ese periodo, su consumo habitual era de 2 o 3 cigarros de cannabis a la semana y respecto al consumo de alcohol, este era de 4 a 5 cervezas al día.

Posteriormente concluye la preparatoria y decide abandonar sus estudios, porque consideraba que no era bueno para la escuela, comenzó a laborar en una tienda de abarrotes, recibiendo sus primeros ingresos económicos, el entrevistado comenta: “en esos tiempos, seguía viendo a mis amigos de la prepa, seguíamos en las fiestas tomando”. Años más tarde su padre le enseñó el oficio de sastre y empezó a dedicarse a este empleo, abriendo su taller de sastrería.

A la edad de 25 años se une con su pareja procreando dos hijos (niño de 5 años y niña de 4 años), el entrevistado comenta que la relación con su pareja e hijos era adecuada, pero esta empezó a complicarse a partir de un año hacia la fecha, porque su pareja inicio a trabajar, mencionando: “mi pareja comenzó a cambiar desde que consiguió trabajo, mi hermana me dijo que ella me estaba engañando pero yo no creí, las peleas eran porque ella me reclamaba, diciéndome que yo solo me interesaba por mí, yo me enojaba con facilidad y empezábamos a discutir, en algunas ocasiones le pegue, al final ella me dejo por otro”.

Hospitalizaciones previas:

El entrevistado refiere haber sido hospitalizado hace aproximadamente 2 años, debido a un accidente en motocicleta en donde convulsionó, perdiendo el conocimiento y presentando algunas heridas no graves, menciona el paciente que en esa ocasión él se encontraba bajo los efectos del alcohol (cerveza, tequila), sin embargo el tratamiento médico solo fue para curar las contusiones ocasionadas por la eventualidad, no recibió ninguna derivación médica o psicológica para el problema de consumo de alcohol.

Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos

- Padre con antecedentes de consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, se desconoce patrón de consumo.

Historia del padecimiento y motivo de ingreso hospitalario

Por motivos de confidencialidad se le asignaron siglas al paciente que otorgó su consentimiento informado refiriéndome a él en este estudio cómo el señor L.A.G.G.

La historia del padecimiento comienza a partir de la adolescencia del señor L.A.G.G, refiriendo que a la edad de 16 años comenzó a consumir alcohol (cervezas y tequila), también fumaba de 2 a 3 cigarros de cannabis a la semana, para ser integrado en un grupo de pandilleros.

Años después, aproximadamente a la edad de 22 años deja el consumo de cannabis, pero persiste la ingesta de bebidas alcohólicas, mencionando qué actualmente el consumo es para socializar con sus amigos.

En cuanto a la causa de ingreso hospitalario el entrevistado menciona que el consumo de alcohol aumentó debido a la separación con su pareja, pasando de una ingesta habitual

de 2 a 3 copas a la semana a consumir aproximadamente un litro de alcohol (cerveza, mezcal, aguardiente) diariamente durante los dos últimos meses, ocasionando problemas económicos, laborales, y familiares (separación con su pareja sentimental, violencia heterodirigida), así como problemas físicos ya que presentó una crisis convulsiva, motivo por el cual su padre lo acompañó al área de urgencias del Hospital General.

Signos vitales:

- T/A 115/75mmHg.
- FC 78 x minuto.
- FR 17 x minuto.
- Temperatura 35.8°C.
- Glasgow 15/15.

Durante la entrevista realizada, el señor L.A.G.G. se encontraba orientado en las cuatro esferas, con facies de tristeza, lenguaje verbal concreto, coherente y congruente con el afecto, con pensamientos de minusvalía y culpa, no presentando pensamientos de muerte o ideación suicida, juicio conservado, sin alteraciones sensorio-perceptivas, presentando agitación psicomotriz, temblor fino de manos, refiriendo sentirse ansioso y tener la necesidad de consumir alcohol en ese momento.

Consecuencias del padecimiento en la persona

Las consecuencias del consumo nocivo de alcohol en el entrevistado han sido las siguientes: problemas económicos, laborales, familiares y de salud comentando: “yo tenía dinero guardado y todo ese dinero lo gasté para comprar alcohol”... “estoy a punto de perder mi negocio, yo soy mi propio patrón, yo lo administro y hoy en día ya no tengo para pagar la renta del local, le he quedado mal a mis clientes porque todo este tiempo he dejado de trabajar” “me preocupa mi salud, ahora sí siento que me está afectando beber alcohol” sic. paciente.

Consecuencias del padecimiento en la familia

El señor L.A.G.G. refiere sentirse culpable de la separación con su esposa, ya que las peleas que tenían con ella empezaron a aumentar, su pareja le reclamaba que dejara de beber, diciendo que sólo se preocupaba por él, que la había descuidado mucho, él reaccionaba de una manera impulsiva y agresiva con su pareja, ejerciendo violencia

heterodirigida de tipo verbal y física, cuando se encontraba bajo los efectos del alcohol o sin él.

El señor L.A.G.G. piensa que tal vez sí tuvo la culpa de que su esposa buscara a alguien más, ya que él no la trató como se merecía. Además, comenta que actualmente vive con sus padres y siente que es una carga para ellos, ya que aparte de alimentarlo también cuidan a sus hijos, y él no quiere sentirse mantenido, menciona que le preocupa que sus hijos lo vean tomar, ya que considera que no les está dando un buen ejemplo a sus hijos.

Apoyo social percibido

El señor L.A.G.G. cuenta con el apoyo de ambos padres, ya que actualmente son ellos quien lo apoyan económicamente a él y a sus hijos, comentando: “mi padre me está acompañando ahora y mi madre también es bien buena conmigo, hasta me da para comprarme las caguamas, cómo ya no tengo dinero, pues ella me da para comprarlas” sic. paciente.

El entrevistado comenta: “mis dos hijos son un apoyo muy grande, yo debería de dejar de beber por ellos, porque ahora que se fue su mamá yo los tengo que cuidar, ya que ella no los ha buscado desde que se fue, yo tengo que ser un ejemplo para ellos” ... “Yo tengo que salir de esto, por mis hijos, los debo de cuidar y tenemos que estar bien, porque ya me dijo el doctor, que si sigo bebiendo me puedo hasta morir, y pues yo aún estoy muy joven, además tengo a mis hijos” sic. paciente.

El señor L.A.G.G. menciona tener una amiga, quien en una ocasión lo acompañó a un Hospital Psiquiátrico, para que lo ayudaran con su problema de abuso de alcohol sin embargo no lo atendieron debido a que él se encontraba bajo efectos del alcohol, refiriendo ya no haber regresado al Hospital para ser atendido.

Tipos de enfrentamiento

El patrón de enfrentamiento identificado en el señor L.A.G.G. es de tipo emocional, debido a que este mecanismo de respuesta se caracteriza por la expresión de las emociones de una manera directa y frontal, implicando una pérdida de control emocional, actuando de una forma impulsiva y recurriendo a las agresiones físicas y verbales.

El tipo de enfrentamiento por parte del padre del señor L.A.G.G. era de apoyo al paciente, ya que le proporcionaba diferentes opciones de interés que no se relacionaban con el

consumo de sustancias alcohólicas, estas alternativas eran platicar con tranquilidad, tratar de mantener una relación armónica y de confianza, impulsar la búsqueda de tratamiento y acompañándolo en este caso al hospital.

En cuanto al enfrentamiento por parte de la madre del señor L.A.G.G. era de tipo tolerante, siendo este mecanismo de respuesta caracterizado por una serie de conductas y acciones de tolerancia o aceptación, las cuales protegen al usuario de las consecuencias negativas del consumo de alcohol, la madre del entrevistado tomó una postura de encubrir la conducta de consumo de alcohol, ya que le proporcionaba dinero a su hijo para que lo gastara en alcohol, además de cuidarlo cuando él se encontraba bajo los efectos del alcohol.

El tipo de enfrentamiento de los hijos del señor L.A.G.G. se desconoce, sin embargo el entrevistado comenta: “cuando consumo alcohol en la casa, procuro que los niños no me vean, porque se llegan a espantar y no me gusta que me vean mal”... “yo pensaba que los niños no me querían, porque la verdad también los descuido a ellos, por estar trabajando, pero en una ocasión su mamá se los quería llevar y los niños dijeron que no, porque ella los trataba mal, ellos se quisieron quedar conmigo”.

VIII. Aplicación del Proceso de Enfermería

8.1 Valoración

Ficha de identificación

Nombre: "L.A.G.G." Edad: 33 años.

Estado Civil: Soltero.

Lugar de residencia: Ciudad de México.

Nivel de Escolaridad: Preparatoria.

Ocupación: Sastre.

8.2 Valoración focalizada

Patrón 1. Percepción – Mantenimiento de la salud

Al momento de la entrevista se observa desaliño, niega enfermedades físicas y psiquiátricas, pero menciona ingerir diariamente una botella de tequila o agua- ardiente lo que equivale a aproximadamente 1000 ml de alcohol, así también indica que consumía cannabis con un patrón de consumo de 1 a 2 cigarros cada tercer día, sin embargo, el uso de marihuana ya lo suspendió a la edad de 22 años.

Respecto a la actitud hacia el consumo de alcohol el señor L.A.G.G. reconoce que tiene un problema, sin embargo, no lo puede dejar, encontrándose ambivalente ante el cambio frente al consumo de alcohol.

Patrón 2. Nutricional – Metabólico

El señor L.A.G.G. considera que su apetito es normal, ya que el consumo habitual de alimento se basa en sopa, frijoles, tortillas, pan, fruta, guisados, antojitos, realizando de 2 a 3 comidas diarias, la ingesta de líquidos es de 2 a 3 vasos de agua simple, y aproximadamente un litro de alcohol, ya sea tomar tequila con refresco, aguardiente, cervezas (6 cervezas de 250ml) al día, durante los dos últimos meses.

Patrón 3. Eliminación

El señor L.A.G.G. se encuentra actualmente con sonda vesical a derivación, con un aproximado de recolección de 400 ml, el paciente refiere evacuar 1 o 2 veces al día, considera que la eliminación vesical e intestinal es adecuada ya que no presenta molestias.

Patrón 4. Actividad – Ejercicio

Al momento de la entrevista el señor L.A.G.G. se observa con una expresión facial de tristeza, con la dirección de la mirada hacia abajo, características del habla normal, con lenguaje fluido y articulado, presentando inquietud y agitación psicomotriz, así como temblor fino en ambas manos, la frecuencia de estos movimientos se presentaron durante toda la entrevista, y subían de intensidad al instante de realizar preguntas referentes a el consumo de bebidas alcohólicas y sobre la relación que tenía con su pareja.

El señor L.A.G.G. comenta no participar en actividades deportivas, sin embargo, como se mencionó anteriormente, presenta reacciones impulsivas que lo llevan a adoptar conductas de alto riesgo ya que refiere que al sentirse ansioso o desesperado sale a correr con su motocicleta a gran velocidad sin importarle lo que le llegue a pasar.

Patrón 5. Sueño – Descanso

El entrevistado refiere que durante el último par de meses antes de la valoración no descansa, menciona dormir aproximadamente de 4 a 6 horas y en ocasiones no puede dormir bien, ya que tiene la necesidad de seguir tomando, pues dice que se despierta por las noches y tarda en retomar el sueño, y para volver a dormir tiene que consumir alcohol, ya que se siente muy desesperado y por esa razón no puede conciliar el sueño.

Patrón 6. Cognitivo – Perceptual

El señor L.A.G.G. se encontraba orientado en persona, tiempo, lugar y circunstancia. No se observan alteraciones perceptivas. Su pensamiento es organizado, la expresión del lenguaje durante la entrevista era de velocidad normal, cantidad normal y volumen bajo, en cuanto a la memoria e inteligencia muestra una posible alteración de la memoria inmediata, ya que no recordaba exactamente qué le sucedió el día que lo dieron de alta.

Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto

El señor L.A.G.G. presenta un aspecto de tristeza, esta es adecuada al contexto, con una tonalidad afectiva agradable, en cuanto a síntomas afectivos de interés, muestra una actitud de soledad, de sentirse incomprendido, debido a la separación con su pareja sentimental. Se autoevalúa de forma negativa, ya que dice que su personalidad luego no le ayuda, refiriendo: “Soy muy impulsivo, quiero las cosas a mi manera y cuando no me las dan me enojo” sic. paciente.

El señor L.A.G.G refiere sentimientos de tristeza, culpa, impotencia, rencor, inferioridad, ansiedad y enojo: expresando: “Me siento mal, me afectó mucho que me dejara mi pareja, me siento solo, deprimido, yo le daba todo, no entiendo porque me dejó por otro, me preocupan mis hijos, quiero salir de aquí para verlos” sic. Paciente.

Patrón 8 Rol – Relaciones

El entrevistado menciona que vivía con sus hijos y su pareja, refiere que su pareja se dedicaba al hogar, pero después empezó a trabajar y conoció a la persona con la que se fue, comentando; “ella empezó a cambiar de actitud, decía que trabajaba de noche, pero era para irse con él”... “ella siempre me echó la culpa, que yo me la pasaba trabajando, que ya no la veía, ni a ella ni a los niños, que era muy egoísta, que porque sólo veía por mí, pero por los demás no, y empezamos a tener problemas, a discutir, yo a veces la traté mal, le decía malas palabras y le llegué a pegar” sic. paciente. El señor L.A.G.G también menciona que sus hijos no quieren a su mamá, y que con ellos tiene una buena relación: “Un día mis hijos, me dijeron que su mamá les pegaba, yo nunca vi, pero les creo, además cuando les hablo de ella, los niños no le dicen madre, le dicen por su nombre, en una ocasión se los quiso llevar, pero los niños dijeron que no, porque los regañaba y prefirieron irse conmigo”. sic. paciente.

El señor L.A.G.G. refiere tener sentimientos de ansiedad, culpa, tristeza, inutilidad, inferioridad y rabia, expresando: “Me da coraje que mi esposa me dejara, por irse con una persona que no tiene nada, no sé porque lo prefirió a él, me siento mal ahora, ya ni he trabajado, tal vez si tuve la culpa de todo” ... “Siento que soy una carga para mis padres en este momento, ya que ellos me están manteniendo a mí y a mis hijos”. sic. paciente. Sin embargo, menciona tener sentimientos positivos en sus dos hijos, expresando: “Por mis hijos debo seguir adelante” ... “Debo de ser responsable, sino qué les voy a enseñar a ellos, no quiero que me vean así”. sic. paciente.

Patrón 9. Sexualidad – Reproducción

Actualmente el paciente se encuentra sin pareja, refiere que su inicio de vida sexual fue a los 19 años, comenta haber tenido 3 parejas sexuales, utilizando el condón como método de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Patrón 10. Adaptación – Tolerancia al estrés

El señor L.A.G.G. presenta baja tolerancia al estrés, respondiendo con conductas de agresividad, ansiedad, enojo e impulsividad mencionando: “Cuando me enojo soy muy explosivo, por eso luego le contestaba o le pegaba a mi mujer, porque no hacia las cosas como yo quería y eso me molestaba”. Sic. paciente.

Patrón 11. Valores y creencias

No se encuentra alteración ante este patrón, el señor L.A.G.G refiere ser católico, pero sólo creyente, ya que no acude a misa porque no tiene tiempo, sin embargo, le gusta convivir con sus amigos y familia, esto es algo muy significativo para él.

8.3 Jerarquización y Priorización de Problemas

De acuerdo con la valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon se establece la siguiente jerarquización de problemas, priorizando:

- Patrón 1. Percepción – Mantenimiento de la salud.
- Patrón 10. Adaptación – Tolerancia al estrés.
- Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto.
- Patrón 8. Rol – Relaciones.
- Patrón 5. Sueño – Descanso.

8.4 Diagnóstico de Enfermería

Patrón 1. Percepción – Mantenimiento de la salud

Adulto joven con alteración en la percepción y mantenimiento de la salud r/c intoxicación por consumo nocivo de alcohol m/p pobre control de impulsos, violencia heterodirigida y alteración en el sistema nervioso central.

Patrón 10. Adaptación – Tolerancia al estrés

Baja tolerancia al estrés r/c pobre control de impulsos m/p labilidad emocional y conductas de riesgo (conducir motocicleta estando bajo efectos del alcohol).

Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto

Baja autoestima situacional r/c factores psicosociales: “Me duele el que mi esposa se fuera con otro”... “verbaliza soy una carga para mi familia”. Sic. paciente.

Patrón 8. Rol – Relaciones

Procesos familiares disfuncionales r/c abuso de sustancias (alcohol) m/p conflicto de pareja y violencia heterodirigida, “Creo que también yo contribuí a que mi mujer cambiara de actitud y se fuera con otro, ya que discutíamos y a veces le llegué a pegar”. Sic. paciente.

Patrón 5. Sueño – Descanso

Alteración del patrón del sueño r/c higiene del sueño inadecuada m/p cansancio, ansiedad por necesidad de consumir alcohol.

Problemas interdependientes

- Vulnerabilidad a presentar confusión aguda R/C abuso del consumo de alcohol.

8.5 Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados

Con base en la información obtenida durante la entrevista con el paciente, se identificó alteración en los patrones funcionales, por lo cual se realizaron diagnósticos de enfermería, para posteriormente planear las intervenciones y actividades correspondientes, para su respectiva ejecución, con el fin de llegar a un beneficio para la persona, y finalmente llegar a una evaluación del grado de satisfacción y aprendizaje. A continuación se describen las intervenciones de enfermería de acuerdo a los diagnósticos de enfermería.

Patrón funcional alterado	1. Percepción – Mantenimiento de la salud	
Diagnóstico de Enfermería	Alteración en la percepción y mantenimiento de la salud r/c intoxicación por consumo nocivo de alcohol m/p pobre control de impulsos, violencia heterodirigida y alteración en el sistema nervioso central.	
Intervenciones	Acciones de Enfermería	Fundamentación
Primeros Auxilios psicológicos.	<p>Contacto psicológico</p> <p>Analizar las dimensiones del problema.</p> <p>Analizar posibles soluciones.</p> <p>Asistir en la ejecución de acción concreta.</p>	La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es restablecer el enfrentamiento inmediato tras experimentar una crisis. El objetivo del asistente es, auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema ⁽²²⁾ .
Estrategias de entrevista motivacional.	<p>Expresar empatía.</p> <p>Crear discrepancia.</p> <p>Darle un giro a la resistencia.</p> <p>Fomentar la autoeficacia.</p>	La Entrevista Motivacional es una herramienta clínica, orientada hacia objetivos, con una particular atención en el lenguaje que promueve el cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para lograr un cambio específico a través de la inducción y exploración de las razones que tiene la persona para realizar una modificación a su conducta. Busca incrementar la motivación de los pacientes y con ello coadyuvar al logro de los objetivos terapéuticos encaminados al cese, reducción y abstinencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Todo ello dentro de una atmosfera de aceptación y empatía ⁽²⁶⁾ .
Educación para la salud.	<p>Psicoeducación.</p> <p>Conciencia de enfermedad.</p> <p>Prevención de adicciones.</p> <p>Conocer e identificar efectos y riesgos de las drogas que consume.</p>	La educación para la salud es un proceso organizado y sistemático, mediante el cual se busca orientar a las personas usuarias y familiares mediante la Psicoeducación, a fin de modificar o sustituir determinadas conductas que alteren la salud mental, por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente ⁽³⁸⁾ .

Continúa...

<p>Consciencia de Enfermedad</p>	<p>Motivar al paciente para lograr su implicación en el tratamiento y la orientación al cambio.</p>	<p>La modificación del patrón habitual de consumo de alcohol se ha medido a través de varios parámetros. Por un lado, se ha tenido en cuenta el consumo diario (en días de consumo y número de copas), medido a partir de autorregistros. La superación de la dependencia fisiológica se ha valorado a través de la cuantificación de días de no consumo y la psicológica a través de las verbalizaciones acerca de las ganas de consumir y del número de exposiciones a los estímulos desencadenantes de la conducta de beber sin consumo ⁽³⁹⁾.</p>
<p>Psiquiatría de enlace.</p>	<p>Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.</p> <p>Centro de ayuda a los alcohólicos y sus familias (CAAF).</p>	<p>El “enlace” se refiere a la comunicación entre grupos clínicos con el objetivo de lograr una integración y colaboración efectiva en beneficio del paciente. El diagnóstico, el tratamiento y la investigación de las enfermedades son el fundamento para integrar el equipo multidisciplinario de salud, que en un contexto de Salud Mental se conoce como “Psiquiatría de Enlace” ⁽⁴⁰⁾.</p>
<p>Evaluación</p>	<p>Se analizaron las dimensiones del problema, posteriormente el señor L.A.G.G. se planteó una meta para dejar de beber refiriendo “beber una copa menos por día, y ya no ir a fiestas con mis amigos”.</p> <p>De encontrarse en una ambivalencia respecto al cambio refiriendo “intento dejar de beber, pero no puedo, por qué siento la necesidad y desesperación de probar el alcohol”, paso a una etapa de contemplación refiriendo “reconozco que el beber me ha traído problemas y está dañando mi salud”.</p> <p>Se sugiere al señor L.A.G.G. acudir al Centro de Ayuda para los alcohólicos y sus familiares (CAAF), sin embargo se desconoce si acudió al centro de ayuda.</p>	

Patrón funcional alterado	10. Adaptación – tolerancia al estrés	
Diagnóstico Enfermería	de Baja tolerancia al estrés r/c pobre control de impulsos m/p labilidad emocional y conductas de riesgo (conducir motocicleta estando bajo efectos del alcohol).	
Intervenciones	Acciones de enfermería	Fundamentación
Mejorar el afrontamiento.	Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.	Mejorar el afrontamiento se define como la facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida ⁽⁴¹⁾ .
Identificar conductas impulsivas.	Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción inmediata. Ayudar al paciente a identificar los recursos de acción posibles, así como sus costos/beneficios.	El entrenamiento para controlar los impulsos consiste ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales ⁽⁴¹⁾ .
Apoyo emocional.	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, demostrando empatía. Verbalizar la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.	El apoyo emocional es un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y relaciones interpersonales ⁽⁴¹⁾ .
Evaluación	El señor L.A.G.G. refiere ser una persona impulsiva, lo que le ha causado problemas, así también expresa sentimientos de tristeza y culpa, refiriendo estar deprimido por la situación en la que se encontraba.	

Patrón funcional alterado	7. Autopercepción – Autoconcepto	
Diagnóstico de Enfermería	Baja autoestima r/c factores psicosociales: “Me duele el que mi esposa se fuera con otro” “verbaliza soy una carga para mi familia”. sic. paciente.	
Intervenciones	Acciones de enfermería	Fundamentación
Apoyo emocional.	Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional. Ayudarle a que discuta y exprese sus sentimientos.	El apoyo emocional proporciona seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión ⁽⁴¹⁾ .
Potenciación de la autoestima.	Ayudar a identificar las experiencias que provocan y/o aumentan estos sentimientos de inferioridad. Ayudar a explorar limitaciones y a buscar recursos internos y externos que le puedan ayudar a superar la situación. Respetar sus capacidades personales y sus limitaciones.	La autoestima es el juicio personal sobre la capacidad de uno mismo, mostrando la posición de experimentar la vida con confianza en nuestra capacidad para pensar, aprender y tomar decisiones acertadas, para actuar en nuestro beneficio ⁽⁴²⁾ .
Evaluación	El señor L.A.G.G. expresa sentimientos de culpa, tristeza, refiriendo creo que soy culpable porque la trate mal, me siento solo, se favoreció el llanto lo que permitió disminuir su respuesta emocional, posteriormente refirió las gracias por haberlo escuchado y acompañado.	

Patrón funcional alterado	8. Rol – Relaciones	
Diagnóstico de Enfermería	Procesos familiares disfuncionales r/c abuso de sustancias (alcohol) m/p conflicto con la pareja, violencia heterodirigida cambios en la participación, en la toma de decisiones y en el desempeño del rol de esposo y padre.	
Intervenciones	Acciones de enfermería	Fundamentación
Aumentar los sistemas de apoyo.	<p>Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.</p> <p>Refuerzo del papel de la familia como figura clave de apoyo y acompañamiento en el proceso de atención.</p> <p>Alentar la expresión de los sentimientos conflictivos del matrimonio como rechazo, culpabilidades, ambivalencias.</p> <p>Ayudar a establecer las prioridades de la familia y redistribuir funciones.</p> <p>Propiciar el intercambio de relaciones afectivas entre los padres y el hijo.</p>	El aumentar los sistemas de apoyo, facilita el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad ⁽⁴¹⁾ .
Reestructuración cognitiva.	Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales.	La reestructuración cognitiva permite estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista ⁽⁴¹⁾ .
Entrenamiento de la asertividad.	<p>Diferenciar entre conductas asertivas, agresivas y agresivas-pasivas.</p> <p>Promover la expresión de pensamientos y sentimientos, tanto positivos como negativos.</p>	El entrenamiento de la asertividad permite la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas a la vez que se respetan los derechos de los demás ⁽⁴¹⁾ .
Evaluación	<p>El señor L.A.G.G. logra diferenciar entre las conductas agresivas y asertivas mencionando “creo que si mi comportamiento con mi pareja hubiera sido distinto, ella estaría todavía conmigo, soy agresivo a veces con mis actitudes”.</p> <p>El señor L.A.G.G identifica quienes son su sistema de apoyo, refiriendo que sus hijos son un motivo para el cambio de su conducta.</p>	

Patrón funcional alterado	5. Sueño – Descanso	
Diagnóstico de Enfermería	Alteración del patrón del sueño r/c higiene del sueño inadecuada m/p cansancio, ansiedad por necesidad de consumir alcohol.	
Intervenciones	Acciones de enfermería	Fundamentación
Restablecer el patrón de sueño habitual.	Valorar los factores relacionados con la alteración: ansiedad por la abstinencia.	Aunque el alcohol puede facilitar la conciliación de sueño, aunque puede producir efectos adversos como son la disminución del sueño REM y del sueño profundo, así como un aumento de la fragmentación del sueño que incluye un mayor número y duración de los episodios de despertar, así como el despertar precoz ^(43, p.35) .
	Enseñar al paciente métodos de distracción para reducir los pensamientos que le agobian.	
	Enseñar al paciente a autorrelajarse antes de irse a dormir.	
	Establecer un horario para dormir 8 horas durante la noche. Evitar que duerma durante el día. Enseñar a conseguir un entorno propicio para un reposo correcto.	
Evaluación	Se enseñan técnicas de relajación de respiración profunda, sin embargo durante la estancia hospitalaria no se establece un patrón de sueño eficaz.	

Ejecución

Registro de las intervenciones

Fecha	Intervención
<p>30 de noviembre del 2017 Y 1º de diciembre del 2017</p>	<p>Brindar primeros auxilios psicológicos</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Demostrar empatía, calidez y sinceridad.</p> <p>Técnicas de entrevista motivacional.</p> <p>Brindar acompañamiento emocional.</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos y emociones.</p> <p>Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.</p> <p>Verbalizar la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.</p> <p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.</p> <p>Identificación de recursos internos y externos.</p> <p>Psicoeducación consciencia de enfermedad.</p> <p>Apoyo emocional.</p> <p>Escucha activa.</p> <p>Psicoeducación prevención de adicciones.</p> <p>Explorar las razones de la autocrítica o culpa.</p> <p>Reafirmar recursos internos y externos identificados en el paciente</p> <p>Valoración de los 11 patrones funcionales.</p>
<p>2 y 3 de diciembre del 2017</p>	<p>Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales.</p> <p>Diferenciar entre conductas asertivas, agresivas y agresivas-pasivas.</p> <p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar los recursos de acción posibles y sus costos/beneficios.</p> <p>Implementar un plan a corto plazo, para disminuir el consumo de alcohol.</p> <p>Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como de otros recursos.</p> <p>Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.</p>
<p>4 de diciembre del 2017</p>	<p>Elaboración de plan de alta.</p> <p>Psiquiatría de enlace.</p> <p>Se proporciona información sobre el Centro de ayuda a los alcohólicos y sus familias (CAAF), al paciente y a su familiar indicando la dirección, los costos, y las actividades que se realizan en dicho centro especializado en adicciones.</p>

8.6 Evaluación del proceso

En cuanto a la evaluación del proceso, se podría decir que el objetivo de enfermería planteado para las intervenciones realizadas fue el siguiente: Explorar la dimensión del problema, orientando al individuo a generar un cambio en su comportamiento de consumo habitual de sustancias alcohólicas, para reducir y controlar los riesgos y daños asociados al consumo nocivo de alcohol durante los días de hospitalización en el Hospital General.

Dentro de las acciones logradas y planteadas en el objetivo se encontraron las siguientes:

1.- El proporcionar los primeros auxilios psicológicos, permitió el primer contacto con la persona, la exploración de la dimensión del problema, permitió detectar la necesidad alterada que requería prioridad en el momento, en este caso y como parte de los objetivos de los primeros auxilios psicológicos, la reducción del daño y el control de riesgos, también se logró, debido que durante la intervención con el señor L.A.G.G. no se presentaba riesgo de letalidad, por tal motivo se tomó una actitud de tipo facilitador durante la intervención, que permitió establecer un ambiente de cordialidad, respeto, empatía, y escucha para el individuo.

2.- El uso del instrumento de valoración de los patrones funcionales así como de algunas técnicas utilizadas en la entrevista motivacional, permitieron realizar una valoración más amplia de la problemática de salud del señor L.A.G.G. lo que facilitó el explorar el patrón habitual de consumo nocivo de alcohol, la detección de signos clínicos ocasionados por el consumo, así también el efecto causado en sus esferas; físicas, económicas, sociales, laborales y emocionales, el señor L.A.G.G. reconoció tener un problema de salud por el consumo de alcohol, presentando ambivalencia respecto al cambio, se encontraba en una etapa de precontemplación, que después de aplicar las técnicas de la entrevista lo encaminaron a pasar a una etapa de contemplación, en donde comenzó tomar consciencia a través de un balance positivo y negativo del consumo de alcohol, lo que ayudó a pensar en alternativas que podrían ser útiles para evitar el consumo, lo que se podría traducir en que se motivó al paciente para establecer un cambio.

3.- Como última intervención y como parte de las etapas del proceso de enfermería, se proporcionó el plan de alta, además de derivarlo al Centro de Ayuda para Alcohólicos y sus Familiares (CAFF), sin embargo, no se concluyó con la última etapa que sería el seguimiento, debido a que el paciente presentó comportamientos de transferencia, razón por la cual se tomó la decisión de establecer límites con el paciente, proporcionando solo información referente al plan de alta.

4.- No se concluye con la etapa final de seguimiento debido a que el señor L.A.G.G. presentó transferencia, fundamentando en este apartado que la transferencia son aquellos sentimientos que preceden del pasado pero que el individuo proyecta sobre vínculos sociales nuevos. Estos sentimientos de afecto suelen estar dirigidos hacia los padres u otros sujetos importantes de la infancia, apareciendo en la vida adulta a partir del fenómeno de la transferencia, esta transferencia se produce de forma natural, en este caso se produjo una transferencia positiva ya que la persona presentó sentimientos y actitudes cariñosas y de enamoramiento, distintas a las actitudes de cooperación consciente producto de la alianza o relación enfermera – persona, por tal motivo solo se refiere al centro de Ayuda para Alcohólicos y sus Familiares (CAAF), sin proporcionar la etapa final de seguimiento.

Evaluación de las respuestas de la persona

En cuanto a la evaluación de las respuestas de la persona podría decir lo siguiente:

Si me enfocara al objetivo principal referido por la persona: “Quisiera dejar de beber alcohol, e ir recuperando poco a poco mi trabajo, y estar con mis hijos”. Era un objetivo difícil de alcanzar, debido al tiempo de hospitalización, ya que su estancia hospitalaria fue de 3 días, sin embargo, se pudieron observar algunos logros por parte del señor L.A.G.G, entre estos se encuentran los siguientes:

1.- El permitir contar su experiencia de vida ya que refirió al termino de los primeros auxilios psicológicos; “para mí no es fácil contarle lo que me sucedió, sin embargo, quisiera agradecerle, porque al escucharme me ayudo un poco a sacar todo este sentimiento que traigo”.

2.- El entrevistado se encontraba ambivalente ante la situación del consumo de alcohol, encontrándose en una etapa de precontemplación, se empezó a notar un cambio hacia la contemplación, expresando los siguientes comentarios:

“El beber no me ha dejado nada bueno, al contrario, puras penas, sí me gustaría dejar de beber, pero siento esa necesidad y desesperación de probarlo y eso no me permite el poderlo dejar” sic. paciente.

“Sé que el beber está mal, antes no me afectaba, pero ahora mire, estoy preocupado, convulsioné por eso me trajo mi padre, y pues si me da un poco de miedo, el doctor ya me dijo que lo deje y pues si tiene razón, estoy joven para que me afecte tan rápido” sic. paciente.

3.- El paciente expresó sus sentimientos y emociones durante la entrevista motivacional, empezando a tomar consciencia sobre la situación por la que estaba pasando expresando:

“Reconozco en parte que yo también contribuí a que mi esposa cambiara y que se fuera de la casa” sic. paciente.

“Reconozco que, sí soy muy impulsivo, me enoja muy fácil, porque quiero que las cosas se hagan como yo quiero, y cuando no es así me enoja, y creo que eso también me ha traído problemas”. sic. paciente.

“Tal vez si no hubiese tratado mal a mi esposa, estaría aquí, es que a veces si me pasaba con ella”. sic. paciente.

4.- En la última sesión el paciente expresó lo siguiente respecto a la atención proporcionada por el personal de enfermería en salud mental:

“Le agradezco que se haya preocupado por mí en estos días, el platicar con usted me ha ayudado, espero poder ir al centro que me recomendó, porque si quiero dejar de beber, el resto del personal no se toma la molestia de preguntar como estoy debería de haber más personas que se dediquen a esto de ayudar a las personas como yo”.

Este último comentario realizado por la persona, además de expresar las gracias por el apoyo recibido, también mostró un mensaje de transferencia, que debido a cuestiones éticas, se omitió la información expresada referida, sin embargo es un punto que se debe de analizar ya que puede ser algo común no solo en el área de la psicología o áreas mentales, si no en cualquier área que se enfoque a tener una relación humana, por tal motivo no se proporcionó esa última etapa que era la del seguimiento del caso, pues por protección personal y para evitar conflictos con el paciente se marcaron límites y se concluyó de la manera más respetuosa culminando la intervención con la presentación del plan de alta.

IX. Plan de Alta

Se brindaron las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda acudir a un centro de atención especializado: **Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) para la atención del problema de consumo nocivo de alcohol.**
- El apoyo familiar y social es importante, valore quienes son las personas de las que recibe ayuda y que acompañamiento ha tenido, cuáles de estos apoyos han sido más eficaces (familia, amigos, compañeros) y cuáles no. Incorpore en este proceso de cambio a las personas más significativas. Puede acudir si así lo desea a algún grupo de ayuda para alcohólicos anónimos.

Datos de urgencia:

En caso de presentar nuevamente convulsiones a causa de abstinencia por consumo de alcohol, o por beber excesivamente, acudir al centro hospitalario más cercano a su domicilio, procure ir acompañado de un familiar. Algunos datos de urgencia en caso de presentar una congestión alcohólica son:

- Convulsiones.
- Dificultad para respirar.
- Temperatura baja.
- Presión arterial baja.
- Pulso y respiración bajos.
- Somnolencia.
- Nauseas, vomito.
- Alteración para ver, hablar y caminar.

También tome en cuenta cómo se siente emocionalmente ya que es importante, de presentar alguno de los siguientes síntomas que se describen a continuación acuda a un centro psicológico, para que le brinden la ayuda correspondiente:

- Ansiedad.
- Sentirse deprimido o triste.
- Tener pensamientos de muerte o pensar en el suicidio.
- El dejar de hacer actividades que usted acostumbraba realizar.

- Sentir sensación de vacío.
- Falta de control emocional, agresividad.
- Ver o escuchar cosas que otras personas no perciben.
- Pérdida de control para dejar de consumir alcohol.

Lo que debe de saber del consumo nocivo de alcohol:

El alcoholismo consiste en un consumo excesivo de alcohol de forma prolongada con dependencia del mismo. Es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud física, ocasionando problemas cardiovasculares, cirrosis, hepatitis, pancreatitis, cáncer de estómago, de garganta, laringe y esófago, úlceras gástricas, coma etílico y muerte, en cuanto a problemas mentales y psicológicos, puede ocasionar amnesia, depresión, ansiedad, delirio, entre otros síntomas, también se asocia al suicidio, así también le ocasiona problemas sociales, familiares y laborales.

Alimentación:

Procure tener una alimentación balanceada, así como hidratarse, recuerde que, tras el consumo prolongado de alcohol, su cuerpo pierde nutrientes, vitaminas y líquidos, consulte con su médico, una consulta con un nutriólogo para seguir una dieta de acuerdo a sus posibilidades económicas.

Para modificar el patrón de consumo de alcohol se recomienda llevar un registro diario de:

- 1.- Días de la semana y horarios de consumo.
- 2.- Tipo de bebidas y cantidad.
- 3.- Forma de consumo: solo o en compañía.
- 4.- Estado ánimo en que se producen los consumos.

Este registro permitirá evaluar el proceso de cambio al percatarse exactamente de cuál es su patrón de consumo, qué situaciones o circunstancias le hacen más vulnerable e influyen en el consumo, de tal forma que, para cada una de ellas se busquen alternativas para reducirlas o neutralizarlas. Así también se sugieren las siguientes estrategias que podría utilizar:

- Al momento de sentir la necesidad de consumir alcohol, podría sustituirlo por agua, jugo, té, comer alguna fruta o verdura, masticar chicle sin azúcar o practicando ejercicios de relajación (respiraciones profundas). Compruebe la utilidad de estas estrategias e incorpore las que considere útiles para su situación.
- Rechazar el consumo de bebidas alcohólicas: analice si ha sido capaz o no de rechazar y en qué situaciones le ha sido más difícil o imposible y en cuáles no. Qué formas de rechazo ha usado (verbal o no verbal) y cuáles le han sido útiles.
- Descubra cuales son los activadores del consumo de alcohol: identifique que lugares, personas, momentos del día, emociones, sensaciones físicas o que actividad han favorecido el consumo de alcohol o viceversa. A partir de lo cual podrá planificar estrategias para evitar esos activadores de consumo para poder modificarlos.
- Es posible que puedan aparecer situaciones que propicien una recaída, en ese momento buscar alternativas, estas pueden ser: practicar alguna actividad o deporte en grupo, si es posible, esto permite rodearse de otro entorno de compañeros o amigos que no tienen relación con el consumo de alcohol, iniciar nuevas actividades de ocio, volver a realizar alguna habilidad o afición que se tuviera anteriormente.
- Se recomienda el uso de algunas técnicas de relajación, con la finalidad de propiciar un descanso y sueño en momentos de tensión, o cuando sienta la necesidad de consumir alcohol durante la noche. Un ejemplo de técnica a utilizar es la siguiente:

Respiración diafragmática: El objetivo de este ejercicio es llevar la mayor cantidad de aire a la zona baja de los pulmones, de este modo, mejoramos la captación de oxígeno, nuestros pulmones se benefician y favorecemos un estado de relajación total en nuestro organismo. Para llevar este tipo de relajación hay que hacer lo siguiente:

- Empezaremos inspirando profundamente durante 4 segundos, dirigiendo el aire hacia el abdomen.
- Aguantaremos la respiración 3 segundos.
- Seguidamente, exhalaremos por la boca a lo largo de 8 segundos.

Se recomienda realizar este tipo de respiración media hora antes de acostarse.

Algunas otras recomendaciones para facilitar el sueño son las siguientes:

- Asegúrese de que su cama y dormitorio son cómodos: ni demasiado caliente, ni demasiado frío y no muy ruidoso.
- Asegúrese de que su colchón es el apropiado. Si es demasiado firme, las caderas y los hombros estarán presionados, si es demasiado blando, su cuerpo se hundirá, lo cual es malo para su espalda. Generalmente se debe reemplazar el colchón cada 10 años para obtener el mejor soporte y comodidad.
- Si hay algo que le preocupa y no hay nada que pueda hacer al respecto inmediatamente, trate de escribirlo antes de irse a la cama y dígame a sí mismo que mañana se ocupará de ello.

X. Conclusiones

De acuerdo con el objetivo planteado para este estudio de caso, podría decir que se cumplió el propósito, ya que se realizó la valoración e identificación tanto de las necesidades alteradas, como de la dimensión del problema, esto se logró gracias a la aplicación del instrumento de valoración de los 11 patrones funcionales del Modelo Teórico de Marjory Gordon, y el uso de técnicas de la intervención de primera instancia, que en este caso fueron los primeros auxilios psicológicos, que permitieron dimensionar el problema actual, analizar las posibles soluciones y ejecutar una acción concreta, lo que permitió a su vez realizar diagnósticos, planificación y ejecución de intervenciones especializadas en enfermería en salud mental cómo: el aplicar técnicas utilizadas dentro de la entrevista motivacional, que permitieron la escucha activa, las declaraciones empáticas, propiciando un acompañamiento emocional para el paciente en ese momento de crisis.

Las intervenciones psicoeducativas realizadas a través de la impartición de talleres enfocados hacia las adicciones y la conciencia de enfermedad, permitieron que el paciente, de encontrarse en una ambivalencia ante su problema de consumo nocivo de alcohol, pasara de una etapa de precontemplación tomando en cuenta el Modelo de Cambio de Prochaska y Diclemente (1992) a una etapa de contemplación en donde el paciente tomó conciencia aceptando que tenía problemas con el consumo nocivo de alcohol, buscando alternativas que permitirían un cambio, esta motivación al cambio no solo se logró con la impartición de talleres, sino también a las técnicas aplicadas dentro de la entrevista motivacional, ya que esta es una de las herramientas más eficaces en el abordaje de este problema de salud.

Considero que para llegar a un alcance mayor en cuanto a la recuperación del paciente eran necesario más días de intervención, sin embargo se brindaron las intervenciones breves que permitieron detectar el consumo nocivo de alcohol, si bien este abuso de alcohol repercutió en la esfera laboral, económica, social, física y emocional del paciente, proporcionando apoyo y cuidado de sus malestares físicos en el hospital general, y en cuanto a la esfera emocional, esta fue atendida durante los días de intervención por parte de la enfermera especialista en salud mental, sin embargo llama la atención que al encontrarse con el equipo de salud no se proporcionó al paciente psiquiatría de enlace, ya que de haber participado el equipo de psicología o psiquiatría el cuidado del individuo se

estaría proporcionando de una manera holística y multidisciplinar, por tal motivo y como parte de las intervenciones de la enfermera especialista en salud mental se derivó con un especialista en adicciones que en conjunto con el equipo psicológico, podrían ayudar a la persona a obtener herramientas basándose en sus factores protectores y recursos internos y externos que pudiesen ser sido fortalecidos con algún tipo de terapia, por tal motivo se derivó a un centro especializado en adicciones, sin embargo no se llevó a cabo la etapa de seguimiento debido a que el paciente comenzó a presentar signos de transferencia, reconozco que la etapa de seguimiento es fundamental, ya que en este caso hubiera sido muy gratificante el saber si el paciente acudió al centro de adicciones y cuál fue la atención proporcionada en el proceso de rehabilitación y recuperación para superar el problema con el consumo y abuso de alcohol.

El nivel de consumo excesivo de alcohol es un problema relevante, ya que puede poner en riesgo tanto al consumidor cómo a las personas circundantes, sean familiares o peatones, ciclistas o conductores de automóviles, ya sea por la violencia que puede presentarse o por los accidentes asociados al estado de ebriedad. Como parte de las acciones de prevención, además de la responsabilidad que posee el sector salud entre otros sectores, es necesario que la población conozca el impacto que el consumo tiene sobre su salud, sus actividades cotidianas y el entorno personal en el que se desenvuelven. No es sencillo, pero es de interés que se les muestre a ellos y a la familia (la cual muchas veces ve como normal o parte de lo cotidiano el consumo de alcohol), las consecuencias de los episodios de su familiar. Es imprescindible facilitar el acceso al tratamiento a la población que lo requiere e identificar claramente las barreras que impiden que alguien acuda a tratamiento; sean estas económicas, sociales, de distancias, de calidad, del servicio o del tiempo que tiene disponible el individuo consumidor. Esto es una tarea necesaria para disminuir los obstáculos y actuar para abrir caminos a la atención de los problemas que genera la dependencia al consumo de alcohol.

XI. Sugerencias

Lograr reducir el impacto del consumo nocivo de alcohol en la población, requiere de la colaboración de todos los trabajadores de la salud, enfermería cuenta con una participación significativa debido a que en muchas ocasiones es el primero y último contacto con la persona, siendo esta una oportunidad para realizar intervenciones breves costo/efectivas desde los ámbitos laborales de las unidades de primer nivel de atención, como de los servicios de urgencias y de hospitalización.

Dentro de las limitaciones del estudio de caso se describen las siguientes:

1.- No se llevó un seguimiento posterior al egreso hospitalario del paciente, ya que comenzó a presentar sentimientos de transferencia en el último día de intervenciones, por lo que procedí a enfocarme en el encuadre de trabajo buscando establecer límites con el informante, enfatizando que mis funciones eran parte del apoyo que le estaba proporcionando como personal especializado en salud mental, por lo cual solo le brindé el plan de alta, refiriéndolo a un centro especializado para la atención de su consumo de alcohol, además de proporcionarle información para el autocuidado de la salud como parte del plan de alta. Dado que el periodo de prácticas de la especialidad en el hospital general donde se llevaron a cabo estas actividades está previamente delimitado, no fue posible referir el caso con otro compañero para llevar a cabo dicho seguimiento.

2.- La utilización de instrumentos. Debido a que este estudio de caso fue elaborado desde el primer semestre de la especialización, desconocía el uso de algunos instrumentos utilizados para el tamizaje del consumo de alcohol, uno de estos instrumentos que es muy utilizado y que fue desarrollado por la organización Mundial de la salud, es la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST por sus siglas en inglés), es una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y de otros entornos, puede ser utilizado como recurso terapéutico, ya que ayuda a identificar el nivel de dependencia por el consumo de alcohol así como las intervenciones breves del uso de sustancias psicoactivas por profesionales de la salud para facilitar la prevención, la identificación temprana y el manejo de los trastornos de uso de sustancias en los sistemas de atención de la salud con el objetivo principal de reducir la carga de morbilidad que se atribuye al uso de sustancias en el mundo.

3.- Estigma asociado al consumo de alcohol. Si bien el estigma es definido como “un atributo profundamente desacreditador” para el portador, también puede referirse como una respuesta social que coloca a la enfermedad como un atributo negativo, en el caso de las adicciones o en este caso el consumo nocivo de alcohol, puede ser muy común el que con frecuencia sean objeto de calificativos despectivos como “borrachos o adictos” ya sea por el profesional de salud o por la misma sociedad, debido a la representación negativa que se arraiga más a un juicio respecto del comportamiento de la persona que en un reconocimiento y comprensión sobre el padecimiento de fondo, prevaleciendo la idea de que los problemas de consumo de sustancias no son enfermedades, sino comportamientos voluntarios por elección de la persona, lo que puede propiciar actitudes y prácticas que obstaculizan la intervención oportuna en este tipo de pacientes, lo que a su vez trae consigo mayores complicaciones de salud para la población y un elevado costo económico para las instituciones. De ahí la importancia de comenzar a generar nuevas estrategias dirigidas a los equipos de salud del primer nivel, a fin de que sean más receptivos frente a las necesidades de atención en salud mental.

Respecto a las estrategias que podrían ser utilizadas para los pacientes con problemas de consumo de sustancias se pueden encontrar:

4.- La utilización de intervenciones breves o intervención de primera instancia, conocida como primeros auxilios psicológicos, si bien esta herramienta puede ser útil ya que es una intervención que tiene una duración corta y que se puede proporcionar en casos de crisis, en este caso la primera intervención con el paciente fue el proporcionar primeros auxilios psicológicos ya que se encontraba cursando con una crisis circunstancial debido a la separación con su pareja sentimental, ofreciendo esta intervención en una sala de espera del área de urgencias de un Hospital General, si bien podemos observar que este tipo de intervenciones no requieren de un lugar específico para ser brindadas, además de ser muy útiles, considero que la utilización de los primeros auxilios psicológicos se debería de llevar en las salas de urgencias de los hospitales, ya que constantemente tanto los pacientes como familiares pueden estar pasando por una crisis y puede ser un área de oportunidad para detectar las necesidades de salud no solo físicas, sino mentales de las personas.

En este caso podría recomendar el uso de los modelos de intervención breve y de tipo motivacional como un recurso para ser implementado por especialistas de enfermería en salud mental, una de estas estrategias es el uso de la entrevista motivacional, pues este

tipo de entrevista está centrada en la persona abordando problemas de ambivalencia hacia el cambio, apoyado del modelo Transteórico del cambio en las tres primeras etapas (precontemplación, contemplación y preparación) para definir los distintos niveles de preparación para el cambio de conducta, este tipo de estrategias de tratamiento ofrecen una terapia estructurada con el objetivo de ayudar a un individuo para interrumpir o reducir el uso de sustancias psicoactivas (hablando de este estudio de caso, sin embargo puede ser utilizado en otras situaciones en que la persona dese cambiar), en la cual el terapeuta, más que dirigir, acompaña al paciente en su proceso personal de cambio. Actualmente se propone el trabajar con este tipo de modelos en las etapas tempranas de consumo nocivo de alcohol, ya que este tipo de intervenciones motivacionales en etapas tempranas ha demostrado ser eficaz además de generar menos resistencias en los pacientes lo que permite una mayor probabilidad de la adherencia a un tratamiento y consciencia de enfermedad.

Es posible argumentar que ante el escenario de los problemas de salud mental, el enfermero especialista en salud mental debe de contribuir en los esfuerzos realizados para mejorar la atención de la salud mental, el estigma, la desatención y la violación a los derechos humanos de personas con trastornos mentales, pues enfermería es quizá el profesional más cercano a la comunidad cuyas características de sensibilidad, empatía y aceptación lo hacen el personal ideal para interactuar con el usuario, no solo cumpliendo con la misión en la prevención de las enfermedades y la recuperación de la salud, sino contribuyendo a la atención de las personas enfermas o en riesgo, no para curar, sino para confortar, para hacerse cargo del impacto de las enfermedades, para completar las capacidades debilitadas y potenciar las presentes, sin duda es un desafío para la profesión ya que para contribuir a un cuidado en comunidad también es necesario dar a conocer a las diferentes profesiones del área de la salud nuestro trabajo como especialistas en salud mental, el trabajar de una manera multidisciplinar en conjunto para llegar al bienestar del cuidado, es así que los problemas de salud mental deben de adquirir primacía en la preocupación y el desarrollo de la comunidad, y de los profesionales del área de la salud.

XII. Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta; 2018 [citado 2018 Julio 3]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Centro de Prensa. Alcohol. Nota descriptiva No 349. 2015 [citado 2018 enero 16]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
3. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 – 2017: Reporte de Alcohol. Villatoro. Velázquez J.A., and cols. Ciudad de México, México [Internet] 2017. [citado 2018 Enero 15] Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx.
4. Revilla. Caso Clínico. Factores Psicosociales en alcohólicos. MEDISAN [Internet]. 2012; [Citado 2019 Enero 18] 16(7):1083-1087. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_7_12/san19712.pdf
5. Revista oficial da Sociedade Galega de Medicina Interna SOGAMI. Canedo M.M. Comentario Clínico. Alcoholismo: perspectiva psiquiátrica para clínicos. s. Galicia Clin [Internet]. 2011 [Citado 2017 Dic 25] 72(1):7-10. Disponible en <http://galiciaclinica.info/PDF/GC72-1.pdf>
6. OMS, OPS. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C. [Internet] 2008. [citado 2018 Enero 15] Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
7. Dos Santos, A. Pillon, S. Repercusiones del alcoholismo en las relaciones familiares: Estudio de caso a cerca del tema. Rev. Latino-am Enfermagem Mayo-Jun; 16(especial) [Internet]. 2008; [Citado 2019 Enero 19] 23(6):1-6. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es_05.pdf
8. Martín S. Trabajo de fin de grado. La sombra del alcoholismo: Necesidad de una intervención enfermera para un buen abordaje familiar. Revisión Narrativa. Universidad Autónoma de Madrid. [Internet]. 2014. [citado 2019 Enero 15] Disponible en

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/671850/martin_martinez_silviatfg.pdf?sequence=1.

9. Heloísa García Claro, et. Al. Uso de drogas, salud mental y problemas relacionados con el crimen y la violencia: estudio transversal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015; [citado 2017 Diciembre 18] 23(6):1173-80. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01173.pdf.
10. Rivas Acuña, V., & Rodríguez Hernández, et, al. Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia* [Internet]. 2016 [Citado 2018 Enero 18], 24 (67):71-77. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/674/67446178010/index.html>
11. Eslava S. Trabajo final de grado. Atención de enfermería en el paciente alcohólico [Internet]. Universitat de les illes Balears 2013 – 2014 [citado 2019 Enero 17] Disponible en http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4095/Eslava_Pol_Sara_Loida.pdf?sequence=1
12. Almendros A. La intervención de enfermería reduce el consumo de alcohol. [Internet] *Diario Enfermero*. Febrero 06 2015 [Consultado 30 Enero 2019]. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/la-intervencion-de-la-enfermeria-reduce-el-consumo-de-alcohol/>
13. Federación Mexicana de Colegios de Enfermería. Antología para el curso – taller de proceso de enfermería. Compilación y actualización: comisión de certificación. Morelia, Michoacán. [Internet]. 2013. [citado 2017 Enero 17] Disponible en <http://www.enfermeriaysaludpublica.edu.mx/13/descargas/Antologia2013.pdf>.
14. OMS. Salud mental: un estado de bienestar.2013. [Internet]. [citado 2018 Enero 16] Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
15. Belmont A.M. La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Revista de Enfermería Neurológica*. [Internet]. 2011; [citado 2018 Julio 03] 10(1):53-55. México. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111j.pdf>.
16. Ruby I. Wesley, R.N. Teorías y modelos de enfermería. 2ª ed. México: McGraw-Hill; 1995. 179p.
17. Martínez L, Olvera G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*. [Internet]. 2011; [citado 2019 Enero 03] 19(2):105-108. México. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2011/eim112h.pdf>

18. Araya J. Ortiz A. "Percepción del cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma- .Revista Enfermería en Costa Rica [Internet].2010. [citado 2019 Enero 03] 31(1):21-25. Costa Rica. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v31n1/art5.pdf>
19. González M, Castillo A. Monroy Rojas. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería Universitaria. [Internet]. 2016 [citado 2018 Julio 03] 13(2):124-129. México. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00124.pdf>
20. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. Valoración de Enfermería. Observatorio Metodología Enfermera. (s.f). [Internet]. [citado 2017 Nov 25] Disponible en http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf
21. Herrera A. et al. Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. Revista Trastornos Adictivos [Internet]. 2003; [citado 2019 Enero 03] 5(2):58-77. España. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13045095>
22. Slaikeu A. Karl. Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación. 2a ed. Mexico: 1996. 575p.
23. Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. [Internet]. 2012. Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS: Ginebra. [Citado 2019 Enero 15] Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=910B9931400A76358C683DE3F82BDF5?sequence=1
24. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Manual de enfermería para la atención de personas con consumo nocivo de alcohol.1ra ed. México: 2012. 72p.
25. Ortiz González V. La Entrevista Motivacional Elementos para su aplicación.2013 (Artículo en línea) [citado 2018 Julio 25] Disponible en http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/Manua_IEntrevista_Motivacional_Actualizacion_2013.pdf
26. Miller, R., Rollnick, S. La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. 1ª ed. Barcelona: 2009. 143p.

27. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPO). Rev. Salud Pública. [Internet]. 2013. Asunción Paraguay. [citado 2017 Noviembre 25] 3(1):41-48. Disponible en <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10>
28. León-Regal M, González-Otero L, León-Valdés A, de-Armas-García J, Urquiza-Hurtado A, Rodríguez-Caña G. Bases neurobiológicas de la adicción al alcohol. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2014 [citado 2019 Feb 1]; 4(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/253>
29. Amaia M.; CALLADO, Luis F... Alteraciones neurobiológicas en el alcoholismo: revisión. **Adicciones**, [revista en Internet]. 2014 [citado 2019 Feb 1]; 26(4):360-370. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/40>
30. Acosta-Barrero, R., Cuartas-Arias, M., & Juárez-Acosta, F. Revisión sistemática de modelos neurobiológicos y ejecutivos en alcoholismo. *Psychologia*, [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 Feb 1]; 11(1):71-84. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v11n1/1900-2386-psych-11-01-00071.pdf>
31. Acevedo C.M.G. Regulación en México del consentimiento informado. En acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. [Internet]. 2017 [citado 2018 Abril 25] Disponible en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4445/14.pdf>
32. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917. Última reforma DOF 29 de enero de 2016. [Internet]. [citado 2018 Noviembre 25] Disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>
33. Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación. Iniciativa con proyecto de Decreto que expide la Ley General de Salud Mental, suscrita por los diputados Leticia Amparano Gámez, del grupo parlamentario del PAN, y José Antonio Arévalo González e integrantes del PVEM. [Internet]. [citado 2018 Noviembre 25] Disponible en http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2017/12/asun_3636417_20171_201_1512066886.pdf
34. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet]. [citado 2018 Noviembre 25] Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html_23-03-2018

35. El Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. [Internet]. [citado 2018 Noviembre 25]. Disponible en; http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
36. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 2015. Derechos Generales de los Pacientes. . [Internet]. Revista Conamed. [citado 2018 Noviembre 25]. 20(1). Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/218/339>
37. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. [citado 2019 Febrero 07]. Disponible en <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
38. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. [Internet]. [citado 2017 Diciembre 08] Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5406383&fecha=04/09/2015
39. Almazán Antón, Gala, González Biber, Marina, & Rocha Díaz, Miriam. Análisis del Cambio en un Problema de Adicción al Alcohol: Estudio de Caso. Clínica y Salud. [Internet]. 2012. [citado 2017 Diciembre 06] 23(1):63-87. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000100004&lng=es&tlng=es
40. Gonzales Salas I.C, Bustamante Rojano J.J, Jiménez Correa U. Psiquiatría de Enlace. Experiencia en el Hospital General de México. RevMedHosp Gen Méx. [Internet]. 2014. [citado 2017 Diciembre 28] 77(3):142-149. Disponible en <https://www.google.com.mx/search?q=psiquiatria+de+enlace+en+el+hospital+general+pdf&sa=X&ved=0ahUKEwjP6bC9sePYAhVRMqwKHU9rACcQ1QIlpQEoBg&biw=1117&bih=817#>
41. M. RomeuLabayen, A. Rigol Cuadra, et, al. PROCESO ENFERMERO ORIENTADO A PERSONAS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. Universidad de Barcelona. [Internet]. [citado 2018 Julio 10] 2015; 1-6. Disponible en http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65878/1/Inf_SM_TLP.pdf
42. Contreras Moreno.” Imagen interna – externa: las dos caras de la autoestima”. (Tesis de Maestría). Universidad Iberoamericana, México. [Internet]. 2008. [citado

2017 Noviembre 10] Disponible en
<http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014955/014955.pdf>.

43. Martínez B. Bartolomé R. Alcoholismo, bases para la intervención. Cuenca ediciones de la Universidad de Castilla. La Mancha 2001. 126p.
44. OMS. Departamento de Salud mental y Dependencia de Sustancias. Thomas F. Babor and cols. [Internet]. 2001. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). [Internet]. [Citado 2018 Enero 15]
Disponible en
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
45. Méndez, D. M; Romero, T. B; Cortés, M. J; Ruíz, C. A; Prospéro, G.O. Neurobiología de las adicciones. México. UNAM. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2017; 60(1): 6-16.

XIII. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Formato de Consentimiento Informado

Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz
Prácticas Profesionales para los alumnos del posgrado de Enfermería en Salud Mental

Fecha: 30 - Nov - 17

Por este conducto hago patente que el alumno (a) de la especialidad de Enfermería en Salud Mental Hernández Berilda María Elena cuya sede académica se ubica en el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz:

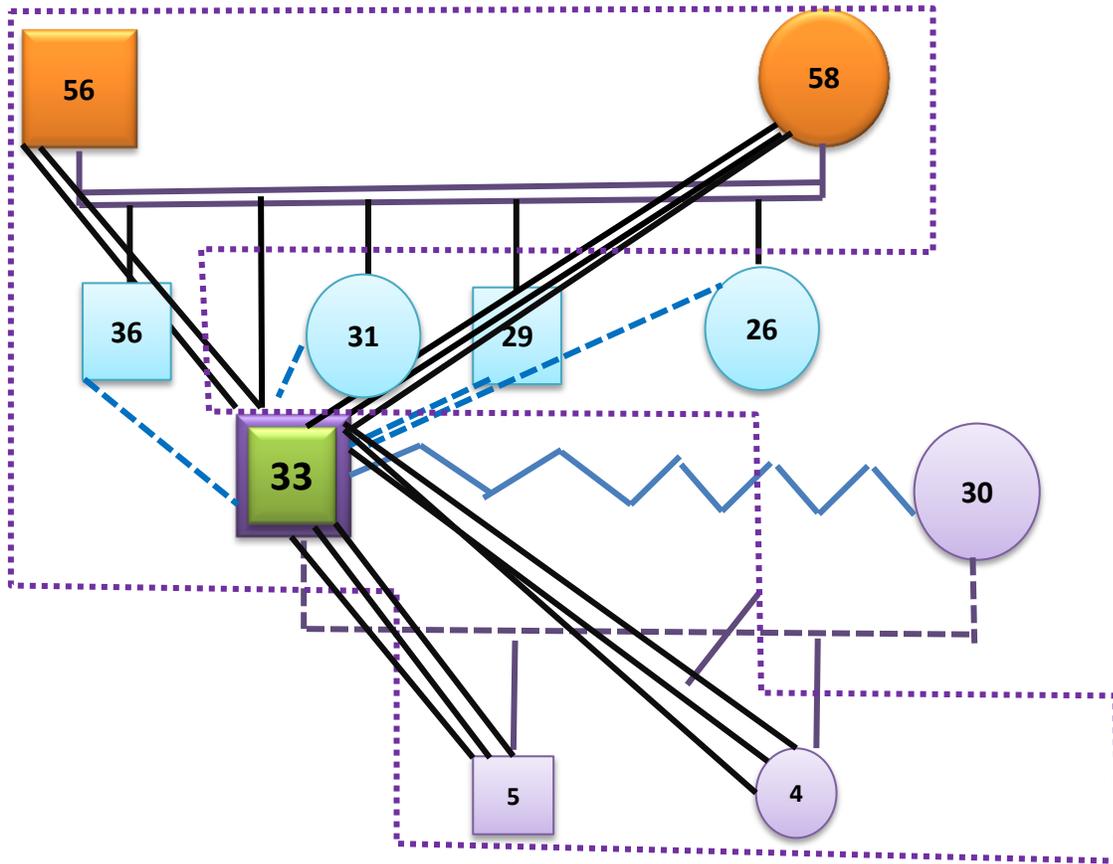
- Ha solicitado **mi colaboración voluntaria** para ser entrevistado (a) como parte de una intervención breve que se incluye dentro de la formación profesional de alumnos de la especialidad de enfermería en Salud Mental. El equipo que está formándose en la especialidad en salud mental recibió capacitación previa para llevar a cabo estas intervenciones.
- La entrevista tendrá una hora de duración aproximadamente y es posible que se pueda programar una segunda sesión, si es que decidió seguir participando en esta actividad.
- La información que se aborde durante la entrevista es estrictamente **CONFIDENCIAL**, esto quiere decir que nadie más que el entrevistador y la profesora de la asignatura sobre afrontamiento en crisis, tendrán acceso a dicha información, la cual solo será empleada con fines académicos.
- Este entrevista es independiente del proceso de atención que recibí en el Hospital "Manuel Gea González" esto significa que **si decido no participar en esta actividad recibiré la misma calidad de atención** que aquellas personas que si decidieron participar.
- Si me incomodan algunas preguntas, estoy en libertad de no responderlas e incluso de abandonar la entrevista, si así lo decido sin que mi tratamiento en el centro se vea afectado.

Asimismo mediante este documento **HAGO PATENTE** mi consentimiento para participar de forma voluntaria y consciente en este proceso.


Luis Armando Espinoza Gonzaga
Nombre y Firma de la persona entrevistada

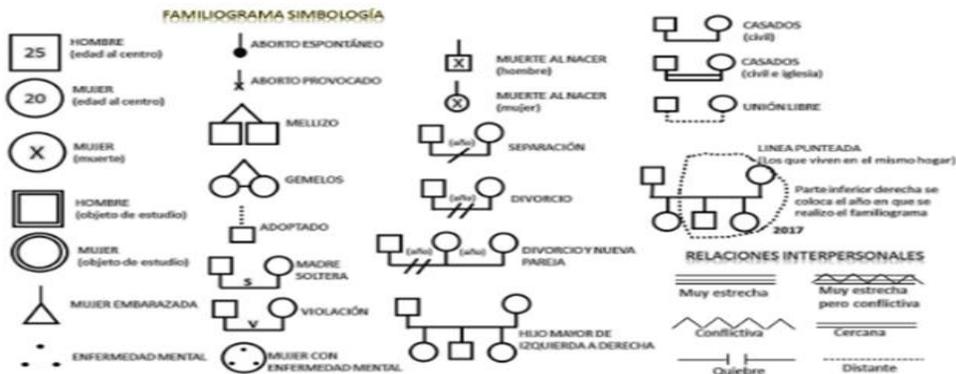
Hernández Berilda María Elena
Nombre y Firma del entrevistador

Anexo 2. Familiograma

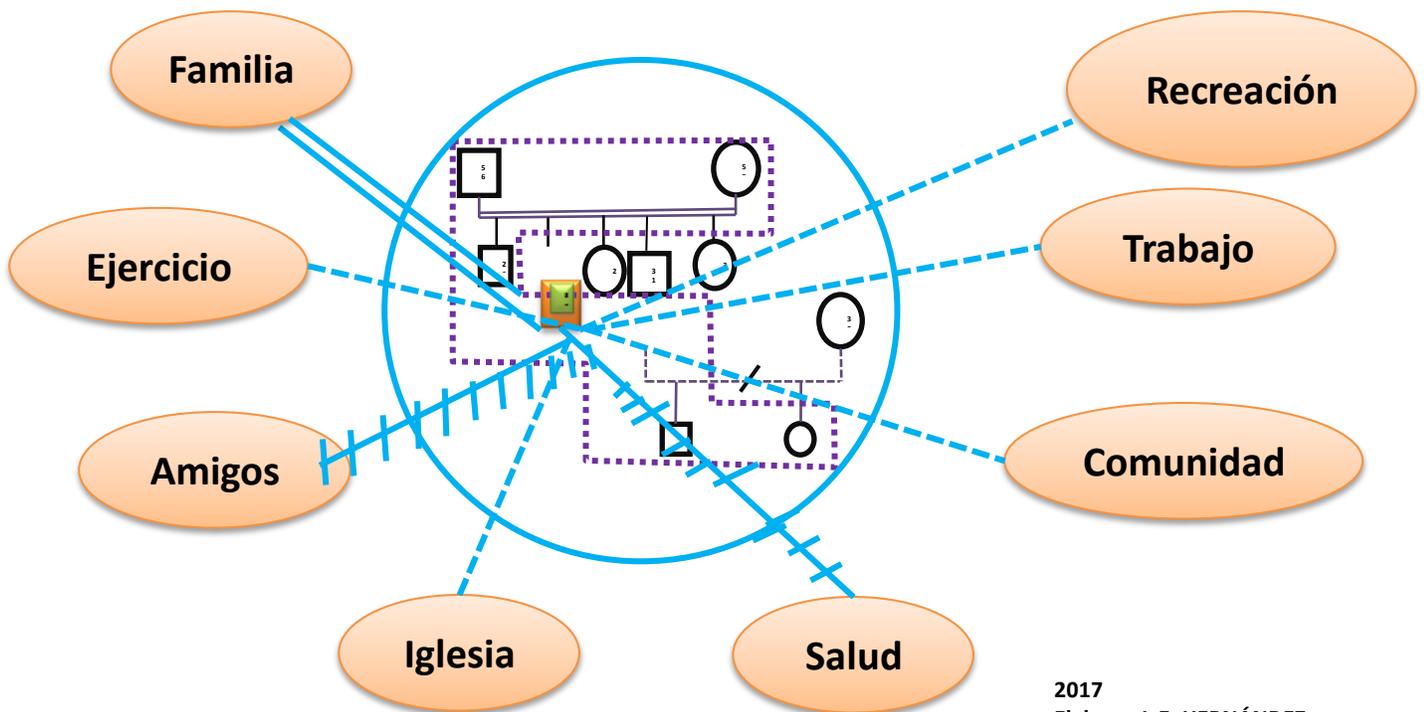


December 2017

SIMBOLOGÍA DEL FAMILIOGRAMA



Anexo 3. Ecomapa



2017
Elaboro: L.E. HERNÁNDEZ

SIMBOLOGÍA RELACIONES INTERPERSONALES



Dentro de los recursos externos identificados en el señor L.A.G.G, se considera a la familia como un recurso fuerte en este momento ya que cuenta con el apoyo económico y emocional de ambos padres, los recursos débiles son; el ejercicio, recreación, trabajo y comunidad, ya que actualmente no ejerce ninguna actividad laboral, ha perdido el interés por actividades recreativas ni físicas, además de no participar en actividades religiosas o propias de la comunidad donde habita, de acuerdo a la información proporcionada los amigos y la salud son estresores ya que ellos son un detonante para que el señor L.A.G.G. consuma alcohol cuando se encuentra con ellos, lo que ha afectado su salud física.

Anexo 4. APGAR Familiar

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares.

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia					
PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibí de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.			X		
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas		X			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza y amor.		X			
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos			X		
2. Los espacios en la casa			X		
3. El dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo (a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)		X			

Resultado: 16 puntos: Disfunción familiar leve.

Anexo 5. Valoración 11 patrones funcionales

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: L.A.G.G.

Diagnóstico médico: Intoxicación etílica Fecha de la entrevista: 4- diciembre-2017

Fecha de nacimiento: X Edo. Civil actual: Soltero X Lugar de origen: Distrito federal

Lugar de residencia: Xochimilco Domicilio actual: Xochimilco Teléfono: X

Escolaridad: Preparatoria Ocupación: Sastre

Nivel de estudios o grado académico: Medio superior

Idiomas o lenguas: Español Nombre del responsable legal: No aplica

Motivo de ingreso o solicitud de consultoría: Convulsión por intoxicación por consumo nocivo de alcohol

Antecedentes Heredofamiliares:

Paternos: Consumo de bebidas alcohólicas y tabaquismo

Situación laboral y/o escolar actual: Actualmente lleva dos meses sin laborar debido al consumo nocivo de alcohol

VALORACIÓN GENERAL

Número de expediente: No aplica

Signos vitales: Temperatura: 35.8°c Frecuencia cardiaca: 98x'

Frecuencia Respiratoria: 17x' Tensión arterial: 115/78 mmHg

Piel y mucosas (coloración y aspecto): palidez de tegumentos, mucosas orales deshidratadas

Lesión: no se observan lesiones

Alteración de los sentidos: Vista: No Oído: No Tacto: No Gusto: No Olfato: No

Prótesis: Si: _____ No: X Especificar tipo y ubicación: no aplica

Funcionamiento motor: Bueno: Limitado: _____ Especificar: _____

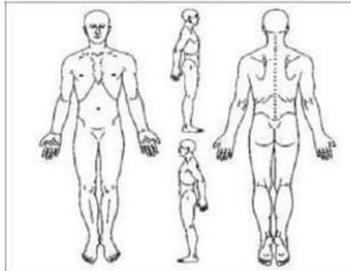
Actitud durante la entrevista: Colabora: No colabora: _____

Tratamiento médico: Si: _____ No: Especificar: _____

Presencia de dolor: No: Si: _____ Especificar: _____



Localización física del dolor (marca con pluma roja la localización)



Alteraciones o datos de interés que desee profundizar: _____

1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN- CONTROL DE LA SALUD

Aspecto general (vestido/ arreglo personal):

Adecuado _____ Desaliño Extravagante _____ Exagerado _____

Meticuloso _____ Otro (Especificar) _____

Actitud y comportamiento frente a su enfermedad:

Aceptación Rechazo _____ Indiferencia _____ Sobrevaloración _____

Reivindicación _____ Otras: Ambivalente

Comportamientos realizados al aspecto (describir): “Quisiera dejar de tomar, pero no puedo” sic paciente

Recomendaciones terapéuticas: Ninguna Seguimiento correcto a su enfermedad

(Describe) no lleva ningún seguimiento Seguimiento incorrecto (describalo):
Recaída, dependencia al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol)

Hábitos y/o Conductas adictivas

Consumo	Sustancia	Cual	Edad de inicio	Frecuencia Dosis Días/ Semana	Alguna vez en la vida	Actualmente
	Tabaco					
	Bebidas alcohólicas	Cerveza Tequila Aguardiente mezcal	16 años	1 litro por día	Sí	Sí
	Cafeína					
	Cannabis					
	Cocaína					
	Anfetaminas					
	Inhalantes					
	Tranquilizantes					
	Alucinógenos	Marihuana	18 años	2-3 veces a la semana	si	No
	Opiáceos					
	Otras					

Solvencia económica: Trabaja, aunque actualmente lo apoyan sus padres, debido a que durante los últimos dos meses dejo de trabajar

Otras alteraciones o datos de interés: Frente al consumo ha tenido reacción pobre del control de impulsos

2. PATRÓN NUTRICIONAL- METABOLICO

Peso: 72 Kg Talla: 1.68 Constitución: Ectomorfa

Apetito: Normal Aumentado X Disminuido _____

Consumo diario habitual: El paciente refiere comer 3 veces al día (tortillas, frijoles, nopales, carne, verduras)

Ingesta de líquidos (cantidad y tipo): Actualmente los líquidos son bebidas alcohólicas, 1000ml aproximadamente al día, y dos o tres vasos de agua al día.

Nauseas/ vómitos (espontáneos o provocados): No x Sí _____

Preferencias alimentarias: Ninguna Restricciones / evitación (Motivos): Ninguno

¿Come entre comidas? o ¿Cuándo está nervioso (a)? No _____ Si x

Especifique que es lo que consume: Lo que encuentra en casa o frituras

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada: Suficientes __X__ Insuficientes _____

Especificar: Conoce sobre los alimentos, pero desconoce cómo podría llevar una dieta equilibrada

¿Se siente bien con su peso? Se siente bien Otras alteraciones o datos de interés: No

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal:

Frecuencia: 1 o 2 veces Características: Normales Malestar: No

Control: Motivos no control: _____ Uso de laxantes: No

Patrón habitual personal: 1 o 2 veces

Eliminación Vesical:

Frecuencia: 6 veces Características: Amarilla Malestar: No

Control: Motivos no control: _____ Uso de diuréticos: No

Patrón habitual personal: 6-8 veces

Eliminación cutánea:

Normal __X__ Profusa _____ Escasa _____ Problemas con el mal olor _____

(En caso afirmativo, ¿Qué hace?): _____

Percepción personal de la eliminación:

Intestinal: Buena Vesical: Buena Cutánea: Buena o normal

Posibles motivos de percepción de disfunción: Ninguna

Factores que alteran la eliminación: Ha percibido que ahora que toma es más frecuente la eliminación

Otras alteraciones o datos de interés: Actualmente se encuentra con sonda vesical a derivación.

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO

Expresión facial:

Tensa: _____ Relajada _____ Alegre _____ Triste __X__ Enfadada _____

Dirección de la mirada: Hacia abajo Otros Evita la mirada

Características del habla Normal.

Ver expresión del lenguaje del patrón cognitivo y especificar características: lenguaje, velocidad, cantidad y volumen normal

Comportamiento motor:

Adecuación contexto: _____ Inhibición: _____ Agitación/ inquietud: __X__
Temblores __X__ Rigidez: _____ Estereotipias: _____ Tics _____ Otros _____

Reacciones extrapiramidales (especificar): __No__

Regularidad del comportamiento motor:

Frecuencia: Todo el tiempo Intensidad: En aumento cada 15 min
Duración: Durante toda la entrevista 1 hr de la entrevista

Condiciones que lo aumentan o reducen: El preguntar sobre sus relaciones sentimentales y el hablar del consumo de alcohol

Características del comportamiento motor:

Controlable: __X__ Limitante: _____ Incapacitante _____

Opinión/ emoción respecto al comportamiento motor:

Indiferente: __X__ Aceptado: _____ Preocupado: _____ -

Deseos o participación en actividades de consumo de energía (especificar): Paciente refiere que la única actividad que realiza es salir a correr en su motocicleta cuando se siente ansioso o desesperado

Factores que intervienen en este patrón (especificar): El sentirse desesperado y ansioso.

Tipo de ayuda requerida: Ninguna (No ha recibido ayuda).

Cambio notable de habilidades o funciones (físicas, intelectuales, socioculturales). “Se me olvidan las cosas a veces, me he sentido muy nervioso, ya no salgo” sic. paciente.

Otras alteraciones o cambios de interés. Actualmente ha perdido el interés por salir “ya no quiero hacer nada” sic. paciente.

5. PATRON SUEÑO - DESCANSO

Horas de sueño nocturno: 6 horas Otros descansos: Ninguno

Problemas de sueño (Al inicio, sueño interrumpido, al despertar temprano y somnolencia excesiva, pesadillas, otros): Se le dificulta dormir (Inicio) o despertar durante la noche

Antecedentes de alteraciones de sueño: No

Factores que alteren el patrón del sueño: Ahora que he estado bebiendo, a veces no puedo dormir, más cuando trato de dejarlo no puedo, me despierto y bebo unas copas para poder dormir". sic paciente.

¿Qué hace para favorecerlo? Ir a beber una copa para poder dormir

Percepción personal del patrón: Mala calidad del sueño

Adecuado Excesivo Disminuido

6. PATRON COGNITIVO- PERCEPTUAL

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:

Hipervigilia: Confusión: Desrealización:

Somnoliento: Solo sigue instrucciones:

No responde a estímulos externos: No aplica

Atención Orientación (Espacio, Tiempo, persona): Sin alteración

Distractibilidad:

Orientación, reconoce:

Lugar donde se encuentra: Domicilio: Ciudad/País:

Día/mes: Año: Estación del año Nombre completo:

Edad y/o fecha de nacimiento: Profesión:

Personas significativas: Esposa, padres e hijos Grado de relación: Sí

Alteraciones perceptivas (especificar):

Auditivas: Visuales: Táctiles: Olfativas:

Gustativas: Ilusiones:

Memoria e inteligencia:

Memoria inmediata reciente: Sin alteración Memoria remota: Sin alteración

Descripción de la posible alteración

Retrasos intelectuales. Ninguno Tipo de ayuda requerida. Ninguna

Organización de pensamiento- lenguaje:

Contenido:

Coherente y organizado: Si __X__ No ____ Delirante: Si ____ No __x__

Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos. “El sentirse solo”

Posible relación de los pensamientos anteriores: La separación con su esposa

Expresión del lenguaje:

Velocidad (Normal, rápida, lenta, paroxística): Normal

Cantidad (Normal, abundante escaso): Normal

Volumen y modulación (Normal, alta, baja): Normal

Tono (Tranquilo, nervioso, hostil): Nervioso

7. PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Reactividad emocional: Triste

Adecuada al contexto: __x__ Pobreza de sentimientos: ____ Expansión afectiva: ____

Tonalidad afectiva: ____ Agradable: __x__ Desagradable: ____

Posibles síntomas afectivos del estrés (especificar): Separación de pareja sentimental, el sentirse solo e incomprendido

Percepción de imagen corporal: Sin alteración se siente bien con su cuerpo

Ajustada a la realidad: ____ Confusa: ____ Equivocada: ____

Actitud ante su cuerpo: ____

Aceptación: __x__ Rechazo: ____ Otros: ____

Auto descripción de sí mismo: El paciente refirió “soy una persona impulsiva”

Ajustada a la realidad: Sí

Sobrevaloración capacidades y logros personales: “He logrado mucho pero también he perdido” sic. Paciente.

Exageración a errores y desgracia/ infravaloración a éxitos: “El beber me ha causado problemas” sic. paciente.

Otros (especificar). “Mi esposa también tuvo la culpa, siempre me reprocha y eso no me gustaba” sic. paciente.

Autoevaluación general y competencia personal (positiva-negativa e indiferente) Positiva
“Yo soy mejor que con él que se fue mi pareja” sic. paciente.

Sentimientos con respecto a la evaluación personal:

Tristeza: x inferioridad: x Culpabilidad: x Inutilidad: x

Impotencia: x Euforia: — Ansiedad: x Rabia: x Superioridad: —

Ideas de suicidio (describir plan si existe): No

Comportamientos adoptados para afrontar/ compensar los sentimientos: Violencia, hostilidad, recurrir a sustancias psicoactivas/ alcohol

Percepción de exigencias o presiones: “Mi esposa me culpa de todo” sic. paciente.

Origen (personas, ideas, sensaciones): pareja Ámbito (lugar): Hogar

Percepción sobre su estado de salud: Paciente refiere “Si no dejo de beber me puedo morir”

Datos de interés: Ninguno

8. PATRON ROL-RELACIONES

Nivel de independencia de la persona: Sin alteración es independiente

Física, total: Parcial: (Motivo de ayuda requerida): No aplica

Económica, total: Parcial: X (Motivos de ayuda requerida): Actualmente depende de sus padres

Psicosocial, total: Parcial: X (Motivo de ayuda requerida): Ayuda especializada para tratar el problema del consumo nocivo de alcohol

¿Con quién vive? Padres, una hermana y sus dos hijos

¿Depende alguien de usted en algún aspecto? Mis dos hijos

¿Pertenece a algún grupo social? No ¿Tiene amigos cercanos? Sí

Personas que generan sentimientos positivos o significativos: El entrevistado menciona: “mis hijos, por mis hijos tengo que salir adelante” sic. paciente

Responsabilidades dentro del núcleo familiar. Proveer económicamente.

Percepción sobre responsabilidad: El entrevistado refiere: “Es importante si no que les voy a enseñar a mis hijos, no quiero que me vean así” sic. paciente

Sentimientos respecto a las relaciones familiares:

Ansiedad: X Miedo: Culpa: X Tristeza: X Inutilidad: X Inferioridad: X
Rabia: X Superioridad: Seguridad: Otros:

9. PATRON SEXUALIDAD/ REPRODUCCION

Menarca: No aplica IVSA: 19 Número de parejas sexuales: 3

Exhibicionismo: Libido aumentado Vasectomía: No

¿Qué tipo de método anticonceptivo utiliza? Condón

10. PATRON DE ADAPTACION-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Ante una situación de estrés responde con:

Conducta evitativa: Ansiedad: X Inquietud: x Tensión muscular: X

Postura rígida: X Hiperhidrosis palmar: Boca reseca:

Negación del problema: si tolerancia a la frustración: x

11. PATRON DE VALORES-CREENCIAS

Antecedentes de prácticas o cultos religiosos: católico

¿El paciente presenta actitud religiosa? Describa: Refiere ser católico creyente.

¿El paciente presenta o comenta mitos o creencias en relación a la enfermedad? No

¿La familia presenta mitos o creencias en relación a la enfermedad? No

¿Requieren algún apoyo religioso? (Aspectos personales que desea sean tomados en cuenta): El entrevistado refiere que rezar le funciona para pensar y reflexionar en algunas ocasiones.

Anexo 6. Evidencia de artículos utilizados en la fundamentación del estudio de caso

ENCODAT

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco

2016-2017

REPORTE DE

ALCOHOL



Alcoholismo: perspectiva psiquiátrica para clínicos

Alcoholism: psychiatric perspective for clinicians

M^{ra} Celia Canedo Magariños

Servicio de Psiquiatría, Hospital Lucas Augusti, Lugo, SERGAS

El alcoholismo es una patología con grave repercusión en diversos ámbitos (familiar, social, económico), y en cuya atención se implican habitualmente múltiples especialidades médicas (Atención Primaria, Psiquiatría, Medicina Interna, Digestivo, Neurología, Salud Pública, ...).

Habitualmente hay descoordinación entre los distintos niveles asistenciales, por lo que no se obtienen los resultados posibles y deseables. Uno de los motivos suele ser la comunicación precaria entre los distintos dispositivos. La utilización de términos o vocabulario no bien definido puede llevar a equívocos. En este sentido, la presente revisión intenta hacer un sencillo repaso de cuestiones de interés para todos los equipos involucrados y una llamada a la colaboración interdisciplinaria para que pacientes y profesionales consigan una mayor satisfacción con los procesos terapéuticos.

Aclarando conceptos

El alcoholismo es un concepto que ha experimentado un notable cambio a lo largo del tiempo. En 1933, la Standard Classified Nomenclature Disease reconoce al alcoholismo como una enfermedad¹. En 1960, Jellinek lo define como un trastorno por el consumo de alcohol caracterizado por tolerancia, síndrome de abstinencia y pérdida de control². En 1962, la primera clasificación de la Asociación de Psiquiatría Americana, DSM, habla del alcoholismo como una adicción, incluyéndola dentro de las alteraciones de la personalidad³. Morse y Flavin (1992) lo conceptualizan como un proceso de enfermedad crónica y primaria con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones; es a menudo, progresiva y mortal; se caracteriza por un déficit en el control de la bebida, preocupación por el alcohol, consumo del mismo a pesar de sus consecuencias adversas y distorsión del pensamiento; cada uno de estos síntomas puede ser continuo o periódico⁴.

Mundial de la Salud (CE-10; 1992)⁵ y la de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV; 1994)⁶ no recogen el término alcoholismo como tal, sino que todos los problemas en relación con el consumo inadecuado y nocivo para la salud de las bebidas alcohólicas aparecen con otras denominaciones, más pormenorizadas y más concretas (Tabla 1).

Parece conveniente recordar unas breves definiciones de términos muy utilizados en relación con la patología que estamos tratando y la de otras drogodependencias⁷. Así, **abuso** es

Tabla 1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol (F10, CE-10, DSM)⁸

F10.0 Intoxicación aguda
00 no complicada
01 con traumatismo e lesión corporal
02 con otra complicación de índole médica
03 con delirium
04 con distorsiones de la percepción
05 con coma
06 con convulsiones
07 intoxicación patológica
F10.1 Consumo perjudicial
F10.2 Síndrome de dependencia
F10.3 Síndrome de abstinencia
30 no complicado
31 con convulsiones
F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium
40 sin convulsiones
41 con convulsiones
F10.5 Trastorno psicótico
50 equivalente nulo
51 con predominio de ideas delirantes
52 con predominio de alucinaciones
53 con predominio de síntomas paranoides
54 con predominio de síntomas depresivos
55 con predominio de síntomas maníacos
56 trastorno psicótico mixto

Factores psicosociales en alcohólicos dependientes

Psychological and social factors in dependent alcoholic patients

MsC. Aurora Revilla Cervantes,^I Dra C. Iliana Beatriz Diaz Corral,^{II} Lic. Marbelis Ducase Pilon^I y Dra C. Carmen Cecilia Pacheco Quintana^{IV}

^I Policlínico Docente "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presentan 4 casos clínicos de pacientes alcohólicos dependientes no complicados pertenecientes al Consultorio Médico de Familia No. 5 del Policlínico Docente "Frank País García", con vistas a identificar los factores psicosociales que influían en estos. Como principales condicionantes de la conducta adictiva en el grupo estudiado se observaron: la influencia del medio, las tradiciones culturales y la participación de eventos vitales de prevalencia negativa. Además, los afectados mostraron un fuerte arraigo a la conducta alcohólica y el deseo de continuarla.

Palabras clave: alcoholismo, alcohólicos dependientes, factores psicosociales, atención primaria de salud.



**Universitat de les
Illes Balears**

Título: Atención de enfermería en el paciente alcohólico

NOMBRE DEL AUTOR: *SARA LOIDA ESLAVA POL*

DNI AUTOR: 43180043G

NOMBRE TUTOR: JESÚS MOLINA MULA

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau d *ENFERMERÍA*

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2013-2014

Alcohol y atención primaria de la salud

INFORMACIONES CLÍNICAS BÁSICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y EL MANEJO DE RIESGOS Y PROBLEMAS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



TRABAJO FIN DE GRADO

LA SOMBRA DEL ALCOHOLISMO: Necesidad de una intervención enfermera para un buen abordaje familiar.

Revisión Narrativa

**Autoría: Silvia Martín Martínez.
Tutoría: D^a María Luisa Cid Galán.**

MAYO 2014

REPERCUSSIONES DEL ALCOHOLISMO EN LAS RELACIONES FAMILIARES: ESTUDIO DE CASO ACERCA DEL TEMA

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo¹

Sandra Cristina Pillon²

Los problemas relacionados al uso de alcohol han sido asociados a diversos factores, independiente de las causas atribuidas al fenómeno en cuestión. Cuando consideramos que el consumo y la dependencia de alcohol incrementan el riesgo para problemas sociales, de trabajo, familiares, físicos, legales y con violencia, podemos afirmar que merece atención y se configura como un problema de salud pública. La finalidad del estudio fue identificar las repercusiones del alcoholismo en las relaciones familiares y, por medio de la gestión de casos, incentivar el rescate de esas relaciones. Se trata de un estudio de caso. Los resultados demuestran que los trastornos que resultan del uso de alcohol penalizan enormemente los miembros de la familia, contribuyendo para altos niveles de conflicto interpersonal, violencia doméstica, inadecuación parental, abuso y negligencia infantil, dificultades financieras y legales y problemas clínicos relacionados al uso del alcohol.

DESCRIPTORES: alcoholismo; medicina familiar y comunitaria; planificación de atención al paciente; enfermería psiquiátrica

ALCOHOL EFFECTS ON FAMILY RELATIONS: A CASE STUDY