



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Departamento de Estudios de Postgrado  
Maestría en Prevención y Atención  
Integral de Conductas Adictivas

**Características de los protocolos de atención por etapas al paciente alcohólico, por profesionales de la Ciudad Capital, Guatemala Centro América, año 2018.**

Josué Abel López Chun

Guatemala de la Asunción, octubre de 2,019

## **MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO**

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

**Director**

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal

**Secretaria**

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

**Representantes de los Profesores**

Astrid Theheimer Maradiaga

Lesly Danineth García Morales

**Representantes Estudiantiles**

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

**Representante de Egresados**

## **MIEMBROS DEL CONSEJO ACADÉMICO**

M.A. Ronald Amilcar Solís Zea

**Director de Postgrado**

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

**Director de Escuela de Ciencias Psicológicas**

Dr. Ph. D. Alex Melgar

M. Sc. Dr. Juan Antonio Álvarez Caal

**Titulares**



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



CODIPs 1636-2019

Autorización para impresión proyecto de investigación.  
 Maestría en Prevención de Atención Integral en Conductas Adictivas con Categoría en Artes

10 de octubre de 2019

Licenciado  
**Josue Abel López Chun**  
 Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado López Chun:

Transcribo a usted el punto **TRIGÉSIMO NOVENO (39)** del Acta **SESENTA Y SEIS GUION DOS MIL DIECINUEVE (66-2019)**, de la sesión celebrada por el Consejo el 08 de octubre de 2019, que literalmente dice:

**“TRIGÉSIMO NOVENO:** El Consejo Directivo, Considerando: Que se conoció oficio D.E.P.Ps 134-2019, de fecha 27 de septiembre, en el que transcribe el Punto CUARTO del ACTA No CADEP-Ps,07-2019 de fecha treinta de agosto de dos mil diecinueve, que se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: “Autorizar la impresión del trabajo final al **Licenciado Josue Abel López Chun**, carne No. **9513623** con el tema “Características de los protocolos de atención por etapas al paciente alcohólico, por profesionales de la salud en Centros de Rehabilitación de la Ciudad Capital, Guatemala Centro América, año 2018.” **Acuerda: Autorizar la impresión del proyecto de investigación de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas con categoría en Artes”.**

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal  
**SECRETARIA**

Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio A  
 9ª. Avenida 9-45, zona 11. Tel. 24187530



/Verma



**USAC**  
TRICENTENARIA  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Universidad De San Carlos De Guatemala  
Escuela De Ciencias Psicológicas  
Departamento de Estudios De Postgrado  
Centro Universitario Metropolitano -CUM-  
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407  
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

**D.E.P.Ps. 146-2019**

Guatemala, 10 de octubre de 2019

**Autorización para impresión proyecto de investigación.  
Maestría en Prevención de Atención Integral en  
Conductas Adictivas con Categoría en Artes**

Licenciado

**Josue Abel López Chun**

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado López Chun:

**Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto CUARTO del ACTA No. CADEP-Ps-07-2019 de fecha treinta de agosto del dos mil diecinueve:** se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: ACUERDA: 3) Autorizar, la impresión del trabajo final de graduación con el título **“Características de los protocolos de atención por etapas al paciente alcohólico, por profesionales de la salud en Centros de Rehabilitación de la Ciudad Capital, Guatemala Centro América, año 2018”**.4) programar la graduación como fecha de 25 de octubre para los maestrandos que cumplan con los requisitos académicos y administrativos. -----

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

**Maestro Ronald Amilcar Solís**  
**Director Departamento de Postgrados**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**





**USAC**  
TRICENTENARIA  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Universidad De San Carlos De Guatemala  
Escuela De Ciencias Psicológicas  
Departamento de Estudios De Postgrado  
Centro Universitario Metropolitano -CUM-  
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407  
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

Guatemala, 26 de julio de 2019

Maestro  
Ronald Solís Zea  
Director  
Departamento de Estudios de Postgrado  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Centro Universitario Metropolitano -CUM-  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Estimado Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación del (de la) estudiante \_\_Josue\_Abel\_López\_Chun\_\_, previo a optar al grado de Maestro(a) en \_\_\_\_Atención\_Integral\_de\_Conductas\_Adictivas\_\_\_\_, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título \_"Características de los protocolos de atención por etapas al paciente alcohólico, por profesionales de la salud en Centros de Rehabilitación de la Ciudad Capital, Guatemala Centro América, año 2018"\_\_.

Atentamente,

(f.)

M. Sc. Francisco José Ureta Morales  
Colegiado No. 3327

El temor del Señor es la base del verdadero conocimiento...

Proverbios 1:7

**Autor Proyecto de Investigación**

Josue Abel López Chun

Licenciada en Medicina

Colegiado No. 17,735

**Coautor**

Mtro. Francisco José Ureta Morales

Maestría en Educación especializada en Curriculum

Maestría en Medición, evaluación e investigación educativa

Colegiado No. 3327

## Índice

### Contenido

Introducción.....	1
1.1 Línea de Investigación .....	2
1.2 Planteamiento del Problema .....	3
1.3 Justificación .....	4
1.4 Alcances .....	5
1.5 Objetivos: .....	6
1.5.1 Objetivo general.....	6
1.5.2 Objetivos específicos .....	6
1.6 Definición de Variables conceptual y operacional .....	7
Capítulo 2.....	10
FUNDAMENTACION TEORICA.....	10
2.1. Definición .....	10
2.1.1. Epidemiología Mundial.....	10
2.2 Morbilidad y Mortalidad Asociada al Alcohol.....	12
2.2.1 Violencia y su asociación al consumo de alcohol.....	13
2.2.2 Violencia Familiar .....	14
2.2.3 Traumatismos y Accidentes de Tránsito .....	15
2.3 Historia.....	15
2.4. Fisiopatología.....	16
2.4.1. Etiopatogenia .....	17
2.4.2. Complicaciones Crónicas.....	20
2.4.3. Farmacocinética y Farmacodinámica.....	20
2.5. Diagnóstico .....	21
2.5.1 Diagnóstico de Dependencia .....	23
2.5.2. Cuestionarios de detección.....	25
2.5.3. Marcadores Biológicos del Alcoholismo .....	26



2.6 Tratamiento .....	27
2.6.1. Intervenciones Breves.....	30
2.6.2. La entrevista Motivacional.....	31
2.6.3. Desintoxicación .....	32
2.6.4. Abstinencia.....	33
2.6.5. Deshabitación .....	34
2.6.5.1. Fármacos interdictales del alcohol o Antidipsotrópicos.....	35
2.6.5.2. Fármacos inhibidores del deseo de beber (Fármacos Anticraving) .....	36
2.6.5.3 Rehabilitación.....	36
2.6.6 Estrategias de Prevención .....	38
2.6.6.1 Intervenciones en la práctica.....	40
2.6.6.2. Investigación .....	40
Capítulo 3.....	42
MARCO METODOLÓGICO .....	42
3.1 Sujetos de investigación.....	42
3.2 Instrumentos, confiabilidad y validez, árbol de categorías y cantidad de preguntas. ....	42
3.3 Procedimiento de Investigación .....	46
3.4. Diseño y metodología estadística descriptiva para utilizar: .....	46
Capítulo 4.....	47
RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	47
4.1. Análisis cualitativo.....	47
4.2 Discusión de Resultados.....	63
Capítulo 5.....	66
Conclusiones y recomendaciones.....	66
5.1 Conclusiones.....	66
5.2 Recomendaciones .....	68
Capítulo 6.....	69
Propuesta: Proyecto de intervención.....	69

6.1 Análisis de participantes .....	69
6.2 Análisis de problemas .....	74
6.3 Análisis contextual y diagnóstico.....	75
6.4 Análisis de objetivos.....	81
6.5 Análisis de opciones .....	84
6.6 Marco conceptual.....	88
6.7 Matriz del proyecto.....	93
6.8 Presupuesto .....	115
6.9 Cronograma o calendario de actividades incluidas en la matriz .....	120
6.10 Evaluación del Proyecto.....	121
Capítulo 7 .....	122
7.1 Referencias .....	122
8. Anexos.....	130

## Introducción

El presente trabajo de investigación se refiere a las Características de los protocolos de atención por etapas al paciente alcohólico por profesionales de la salud en centros de rehabilitación de la ciudad. Los profesionales de la salud: realizan historias clínicas en un 20%, y en ocasiones incluyen las soluciones intravenosas (solución salina en un 12%) y farmacoterapia como parte del tratamiento al paciente alcohólico en los centros de rehabilitación. Los estudios diagnósticos (40% de los profesionales los utilizan) y los estudios de laboratorio (20% de los profesionales de la salud los utilizan). Solo el 20% de los profesionales de la salud dan tratamiento en base a diagnóstico. La salud mental del paciente alcohólico se ve relegada a segundo plano puesto que solo el 20% recibe abordaje psicológico individual.

En la investigación presente se aborda los protocolos que ofrecen una atención al paciente con problemas de alcoholismo crónico. El tiempo que se llevará a cabo es de dos años, tomando en cuenta a los profesionales que tengan conocimiento y experiencia en el manejo del paciente alcohólico. Así mismo el monitoreo y la evaluación son elementos que se deben contemplar en las etapas de desintoxicación, estabilización y rehabilitación en el paciente alcohólico.

Se recomienda a el Ministerio de Salud Pública y a las autoridades de los centros de atención, exigir a los profesionales de salud realizar la documentación del paciente adecuadamente ( historia clínica) utilizando, según cada caso en particular, las soluciones y farmacoterapia como corresponda con el fin de mejorar la crisis del paciente alcohólico. Las autoridades rectoras de la salud en el país poseen responsabilidad sobre la adquisición equipo y material diagnóstico. Priorizar el abordaje psicológico al paciente alcohólico para su pronta reintegración a la sociedad.

## Capítulo 1 GENERALIDADES

### **1.1 Línea de Investigación**

**Área:** Salud Mental dentro del Contexto de la Realidad Guatemalteca.

**Línea:** adicciones causas y efectos (explicar línea ver protocolo).

Existe suficiente evidencia que apunta que el alcohol es el causante de enfermedades mentales, físicas y discapacidad. (OMS, 2018) Por lo que se convierte en problema de salud pública prioritario. En el año 2010 la Organización Mundial de la Salud adoptó la estrategia Mundial para reducir el uso de alcohol, proponiendo sanciones para evitar el consumo y las consecuencias del mismo en las poblaciones, un esfuerzo de unión entre la ciencia y la salud (OMS, 2010).

El objetivo de la presente investigación consiste en determinar las características de los protocolos por etapas de atención al paciente alcohólico por profesionales de la salud en los diferentes centros de Rehabilitación, Guatemala, año 2018. El estudio es de tipo Cuantitativo, del área de salud mental dentro del contexto de la realidad guatemalteca, de la línea de investigación sobre las adicciones causas y efectos, donde se evalúan por medio de un instrumento de recolección de datos (por etapas) creado para el estudio: las características de los protocolos de atención al paciente alcohólico por profesionales de salud en centros de rehabilitación de la ciudad Guatemala en el 2019.

Los principales resultados de las Características de atención a la Desintoxicación (Etapa I) son: El 20% de los profesionales de la Salud realiza Historia clínica a con los pacientes que asisten al centro de rehabilitación, dentro de la misma lo que más se consigna son los datos generales (28%) La Solución salina es la más usada por los profesionales de la salud (12%) los cuales emplean soluciones intravenosas en un 20%. El 60% de los profesionales de la salud emplean farmacoterapia con los

pacientes que acuden a los centros de rehabilitación, siendo los ansiolíticos los más utilizados en un 56%.

De las características de atención de la estabilización (Etapa II) se obtuvo los siguientes resultados: Los profesionales de la salud emplean Estudios diagnósticos (40%) como Ultrasonido de abdomen completo y la placa de abdomen simple (16% cada uno respectivamente). Los profesionales de la salud ejecutan Laboratorios clínicos en un 20%. La hematología completa es el laboratorio de elección (16%). El 80% de los profesionales en salud no realizan tratamiento en base a diagnóstico. El Delirium Tremens es el diagnóstico que se maneja en mayor porcentaje en los centros de rehabilitación. (72%).

De las características de atención de la reintegración (Etapa III) se obtuvo lo siguiente: Los profesionales de Salud realizan (20%) abordaje psicológico Individual (20%) a los pacientes que acuden a los centros de rehabilitación. El 20 % de los profesionales de salud si realizan Abordaje terapéutico con base a diagnósticos siendo la evolución de patología y el monitoreo de medicamento los que se realizan en su mayoría (8% cada uno y respectivamente)

### **1.2 Planteamiento del Problema**

Durante el año 2012, consumir alcohol causó aproximadamente una muerte cada 100 segundos en América y contribuyó a más de 300.000 defunciones ese año; de ellas, se calcula que 80.000 fallecimientos podrían haber sido prevenidos en este año, si no hubiese intermediado el consumo de alcohol. En el 2010, alrededor de 14.000 fallecimientos de menores de 19 años fueron atribuidas al alcohol en la Región. Consumir alcohol es parte de la causalidad del desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, entre las que se incluyen neoplasias, infección por VIH y trastornos mentales. (OMS, 2015) por lo que se considera un problema de salud Pública que requiere de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento

personalizado según las necesidades del paciente que padece de esta enfermedad. En la ciudad capital de Guatemala existen muy pocos centros especializados, profesionales capacitados e insumos necesarios para la atención exclusiva del paciente alcohólico. No se cuenta tampoco con una serie de pasos ordenados (fases) para la atención del paciente alcohólico, base esencial de partida para las personas víctimas de la enfermedad.

**Delimitación:** Características de los protocolos de atención por etapas al paciente alcohólico, por profesionales de la salud en Centros de Rehabilitación de la Ciudad Capital, Guatemala Centro América, año 2018

### **Preguntas de Investigación**

#### **Pregunta General:**

¿Cuáles son las características de los protocolos de atención por etapas al paciente alcohólico, por profesionales de la salud en Centros de Rehabilitación de la Ciudad Capital, Guatemala Centro América, año 2018?

#### **Preguntas específicas:**

¿Cuáles son las características de atención de la Desintoxicación (Primera Etapa)?

¿Cuáles son las características de atención de la Estabilización (Segunda Etapa)?

¿Cuáles son las características de atención de la Reintegración (Tercera Etapa)?

### **1.3 Justificación**

Según la Organización Mundial de la Salud se reportan 3,3 millones de muertes (5.3% de todas las defunciones) en el mundo por el consumo abusivo y desproporcionado del alcohol. Existe suficiente evidencia que apunta que el alcohol es el causante de enfermedades mentales, físicas y discapacidad. (OMS, 2018) Por lo que se convierte en problema de salud pública prioritario. En el año 2010 la Organización Mundial de la Salud adoptó la estrategia Mundial para reducir el uso de alcohol, proponiendo sanciones para evitar el consumo y las consecuencias del mismo en las poblaciones, un esfuerzo de unión entre la ciencia y la salud (OMS,

2010).

Con respecto a lo anterior, en países como Guatemala, estas políticas y acciones no se ven reflejadas en el descenso al consumo de alcohol, puesto que cada día son más las personas que pasan a convertirse en bebedores activos y sin tratamiento por diversos motivos. Por lo anterior, los pacientes alcohólicos deben de ser tratados de manera holística, y esto se logra solamente con la creación de protocolos de atención por etapas donde se aborden los diferentes componentes básicos del paciente con problemas de adicción al alcohol. Por lo anterior se desea conocer cuáles son las características de los protocolos existentes en la atención al alcohólico en los centros de rehabilitación actuales en la ciudad capital de Guatemala.

#### **1.4 Alcances**

Descriptivo: El presente estudio no presenta la relación de causa o efecto. Realiza un detalle de las características de los protocolos por etapas de atención al paciente alcohólico por profesionales de la salud en los diferentes centros de rehabilitación de la ciudad capital. Dentro de estas características de los protocolos deberían (si existiesen de manera foral) de identificarse 3 etapas claves:

1. Desintoxicación: Existencia de historia clínica, elección de soluciones, farmacoterapia.
2. Estabilización: Existencia de Estudios diagnósticos laboratorios, tratamiento con base a diagnóstico.
3. Reintegración: Existencia de Abordaje psicológico, terapéutico con base a diagnósticos.

## **1.5 Objetivos:**

### **1.5.1 Objetivo general**

Determinar las características de los protocolos por etapas de atención al paciente alcohólico por profesionales de la salud en los diferentes centros de Rehabilitación, Guatemala, año 2018.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Determinar las características de atención de la Desintoxicación (Primera Etapa)
- Identificar las características de atención de la Estabilización (Segunda Etapa)
- Enunciar las características de atención de la Reintegración (Tercera Etapa)



### 1.6 Definición de Variables conceptual y operacional

VARIABLE	NÚMERO DE PREGUNTAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Primera Etapa de Atención: Desintoxicación	2 preguntas del instrumento de recolección de datos.	Historia clínica: Instrumento Médico legal donde se consigna la información del paciente.	Si el profesional realiza o no Historia clínica. Si la realiza cuales son de ella las partes que consigna. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Datos generales.</li> <li>✓ Antecedentes.</li> <li>✓ Perfil social.</li> <li>✓ Examen físico</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
	2 preguntas del instrumento de recolección de datos.	Elección de soluciones: son sustancias liquidas con propiedades que tienen electrolitos para rehidratar a un paciente	Si el profesional utiliza o no soluciones Intravenosas con su paciente. Si utiliza cuales de las siguientes escoge: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ S. Hartman.</li> <li>✓ S. Salina.</li> <li>✓ S. Mixta.</li> <li>✓ S. Dextrosa.</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
	2 preguntas del instrumento de recolección de datos.	Utilización de farmacoterapia: Es la aplicación de medicamentos especiales para un paciente que necesita un tratamiento pertinente en el alcoholismo.	Utilización de Farmacoterapia con el paciente por parte del profesional. Si utiliza cuál de las siguientes escoge: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ansiolíticos.</li> <li>✓ Antipsicóticos.</li> <li>✓ Antiespasmódicos.</li> <li>✓ Antieméticos.</li> <li>✓ Antidiarreicos.</li> <li>✓ Protectores gástricos.</li> <li>✓ Protectores hepáticos.</li> <li>✓ Vitaminas del complejo B.</li> </ul>	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	NÚMERO DE PREGUNTAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Segunda etapa de atención: Estabilización	2 preguntas del instrumento de recolección de datos.	Estudios diagnósticos:  Son las pruebas médicas necesarias que se llevan a cabo para determinar o conocer el alcance de la enfermedad o problema que sufre un paciente.	Utilización de Estudios Diagnósticos con el paciente por parte del profesional. Si utiliza cuál de las siguientes escoge:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ultrasonido abdomen completo.</li> <li>✓ Placa de Rayos X Abdomen simple.</li> <li>✓ Placa de Tomografía Abdominal.</li> <li>✓ Gastroscopia.</li> <li>✓ Electrocardiograma.</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
	2 preguntas del instrumento de recolección de datos.	Laboratorios:	Utilización de Laboratorios con el paciente por parte del profesional. Si utiliza cuál de las siguientes escoge:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hematología completa.</li> <li>✓ Pruebas Hepáticas.</li> <li>✓ TGO – TGP.</li> <li>✓ Pruebas renales.</li> <li>✓ Creatinina – BUN.</li> <li>✓ Pruebas Pancreáticas.</li> <li>✓ Amilasa – Lipasa.</li> <li>✓ Sodio, Potasio, Cloruro</li> <li>✓ Prueba de amoniaco</li> <li>✓ Heces y orina.</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
	2 preguntas del instrumento de recolección de datos.	Tratamiento en base a diagnostico	Realización de tratamiento en base a Diagnostico al paciente por parte del profesional. Si utiliza, cuál de las siguientes escoge:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cirrosis hepática.</li> <li>✓ Pancreatitis.</li> <li>✓ Hemorragia Gastrointestinal.</li> <li>✓ Encefalopatía Amoniaca.</li> <li>✓ Delirium Tremens.</li> <li>✓ Constipación Intestinal.</li> <li>✓ Hiponatremia.</li> <li>✓ Hipopotasemia. Infarto Agudo al miocardio.</li> </ul>	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	NÚMERO DE PREGUNTAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Tercera Etapa de Atención: Reintegración	2 preguntas del instrumento de recolección de datos.	Abordaje psicológico	<p>Utilización de Abordaje Psicológico al paciente por parte del profesional. Si utiliza, cuál de las siguientes escoge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Individual.</li> <li>✓ Colectivo.</li> <li>✓ Ocupacional.</li> <li>✓ Familiar.</li> <li>✓ Recreativo.</li> <li>✓ Ambulatorio.</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
	2 preguntas del instrumento de recolección de datos.	Abordaje terapéutico con base a los diagnósticos	<p>Utilización de Abordaje Terapéutico con base a los diagnósticos al paciente por parte del profesional. Si utiliza, cuál de las siguientes escoge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evolución de Patología.</li> <li>✓ Monitoreo de medicamentos.</li> <li>✓ Control de Estudios y laboratorios</li> </ul>	Cualitativa	Nominal

## Capítulo 2

### FUNDAMENTACION TEORICA

#### Estado del Arte

##### **2.1. Definición**

En 1976 la Organización Mundial de la Salud definió el alcoholismo a través del síndrome de dependencia alcohólica: “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”. (Serecigni & Pastor, 2008)

##### **2.1.1. Epidemiología Mundial**

En el Mundo, el alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15-49 años de edad, siendo este grupo etario el de mayor productividad económica. En Estados Unidos, durante el 2006, el consumo nocivo de alcohol le costó al país cerca de 224.000 millones de dólares, 72% debido a la pérdida de productividad en el lugar de trabajo.

El consumo excesivo de alcohol tiene costos importantes a la sociedad, principalmente en pérdida de puestos de trabajo, consultas y gastos económicos de los servicios de salud y detenciones. Además de la carga de morbilidad relacionada con el alcohol, hay marcadas consecuencias sociales que surgen de su uso, como problemas y violencia en las relaciones familiares y personales, problemas laborales, económicos; maltrato y abandono de menores. (OMS, 2015; OPS, 2007)

## Clasificación de sustancias Pscoactivas

GRUPO	EFECTOS PSICOFISIOLÓGICOS	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
<b>Estimulantes</b>	Sustancias que estimulan el sistema nervioso central: estimulan la actividad mental y nerviosa, aumentan los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerza la vigilia, el estado de alerta y la atención.	Anfetaminas, metaanfetaminas, cocaína, "paco", etc.
<b>Depresores</b>	Sustancias que determinan relajación y depresión de la actividad del sistema nervioso central.	Derivados naturales y sintéticos del opio, hipnóticos, sedantes o ansiolíticos, antipsicóticos, solventes volátiles (usados en pegamentos), alcohol
<b>Alucinógenos</b>	Sustancias químicas capaces de producir fenómenos mentales no ordinarios, como alteraciones de la sensopercepción, el humor y la conciencia.	LSD, mezcalina, la ayahuasca, el peyote y los hongos psicoactivos. Entre los alucinógenos propiamente dichos se encuentran la belladona, el beleño, la mandrágora, floripondio.
<b>Cannabinoides</b>	Son sustancias presente en las plantas cannabíneas con capacidad estimulante, depresora y alucinógena.	Marihuana y hachís

Fuente: Guía de práctica clínica de abordaje integral de las adicciones: Programa Provincial de Abordaje Integral de las Adicciones – Año 2016

### 2.1.2. América

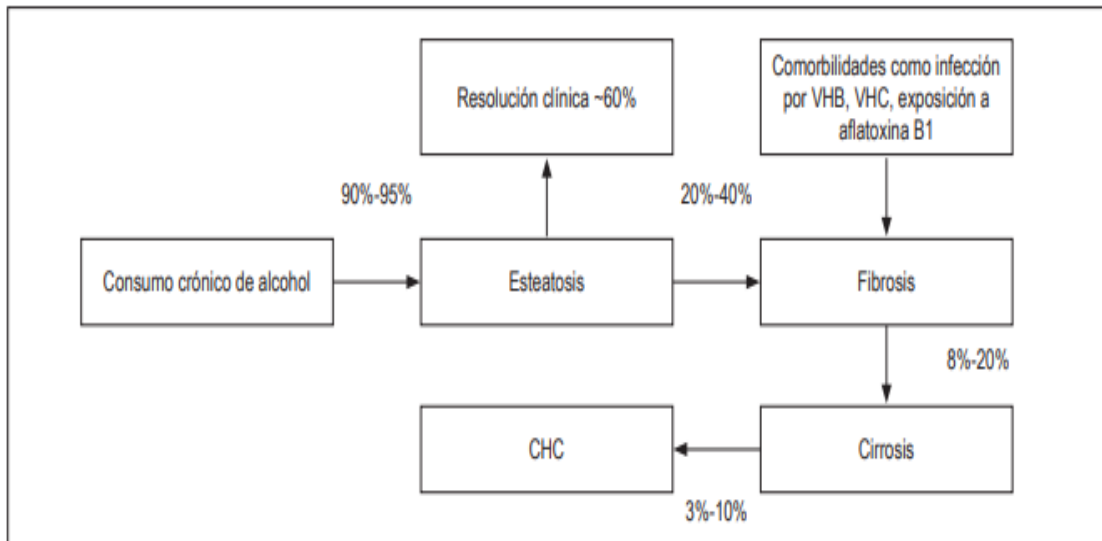
El consumo de bebidas alcohólicas en América es elevado, comparado con los promedios mundiales. El consumo y prevalencia de comportamiento de ingesta peligrosa (intensa) son elevados entre hombres y mujeres jóvenes en todos los países de América. En los adultos jóvenes, La carga de morbilidad atribuible al alcohol es elevada. Los episodios de consumo excesivo (Proporción de habitantes de una población que han consumido al menos 60 g (unas 5 bebidas alcohólicas estándar) o más de alcohol puro al menos en una ocasión en los últimos 30 días.) de alcohol aumentaron en el período de 2010 a 2015, de 4,6% a 13,0% en las mujeres y de 17,9% a 29,4% en los hombres. (OMS, 2015; OPS, 2007)

## **2.2 Morbilidad y Mortalidad Asociada al Alcohol**

Según el Informe Mundial de la Salud 2002, el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad en todo el Mundo. El alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo. (Monteiro, 2007)

Durante el año 2012, consumir alcohol causó aproximadamente una muerte cada 100 segundos en América y contribuyó a más de 300.000 defunciones ese año; de ellas, se calcula que 80.000 fallecimientos podrían haber sido prevenidos en este año, si no hubiese intermediado el consumo de alcohol. En el 2010, alrededor de 14.000 fallecimientos de menores de 19 años fueron atribuidas al alcohol en la Región. Consumir alcohol es parte de la causalidad del desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, entre las que se incluyen neoplasias, infección por VIH y trastornos mentales. Durante el año 2012, el alcohol se relacionó a más de 274 millones de años de vida sana perdidos (AVAD: Los AVAD atribuibles al alcohol se calculan como la suma de los años de vida perdidos y los años perdidos por discapacidad debida al consumo de alcohol. Un AVAD puede considerarse un “año de vida sana” perdido.). Se estima que 5,7% de los habitantes de la Región han señalado que padecen de algún trastorno relacionado con el consumo de alcohol, aunque es probable que el número sea mayor. (OMS, 2015)

Carbia, C., & Corral, M., (2016) exponen en el estudio denominado: Utilización temprana del alcohol y los síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios (2016), que iniciar el consumo de alcohol en edades tempranas se asocia para hombres y mujeres, al aumento de los síntomas psicopatológicos, los cuales se manifiestan de diferente forma dependiendo del sexo.



Fuente: Revista Colombiana de Gastroenterología: Alcohol, cirrosis y predisposición Genética. -2016

### **2.2.1 Violencia y su asociación al consumo de alcohol**

El alcohol provoca daños graves no solo a quienes beben en exceso, sino también a las personas que los rodean. Entre los daños a los demás se incluyen: síndrome de alcoholismo fetal, la violencia (interpersonal y doméstica), los traumatismos (incluidos los atribuibles a los accidentes de tránsito y laborales), el sufrimiento emocional y la inestabilidad económica. Las mujeres son las más afectadas por el consumo de alcohol de otras personas. (OMS, 2015)

En Estados Unidos de América, se estima que el consumo de alcohol se asocia al 86% de los homicidios, 60% de los delitos de abuso sexual y 44% de los actos de violencia doméstica. El consumo de alcohol se asocia con un incremento del riesgo de suicidio: la probabilidad de suicidio en alcohólicos es 60 a 120 veces mayor que en el resto de la población. En Europa el alcohol se relaciona cada año con 2000 homicidios y 17.000 muertes por accidentes de tráfico (1 de cada 3 fallecidos). En

España, el 38,2% de los fallecidos en accidentes de tráfico presentan niveles de etanol en sangre, como único tóxico. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

### **2.2.2 Violencia Familiar**

El consumo excesivo daña la salud física y mental no solo del bebedor sino también de quienes lo rodean. La violencia verbal y ser testigo de violencia grave en el hogar son frecuentes, así como los problemas económicos al no poder proveer sus necesidades básicas. Cuando la madre ingiere alcohol en mediana y mayor frecuencia, presenta una mayor probabilidad de violencia física hacia los hijos. De manera similar, los padres que consumen alcohol en mayor frecuencia ejercen más violencia sobre sus hijos que quienes nunca lo hacen. Se ha encontrado asociación entre bajo rendimiento académico y violencia física grave por parte de sus padres y una relación estadísticamente significativa entre los niveles de violencia ejercida contra los niños y la frecuencia con que los padres se embriagan. (Florenciano, Echeverría, & Sieverson, 2016)

Son especialmente frecuentes la violencia verbal y física, así como los problemas financieros producto del consumo excesivo y sus costos asociados que impiden proveer a los niños de sus necesidades básicas. La adolescencia temprana es un momento de riesgo para comenzar a experimentar con el alcohol. Entre los jóvenes, el alcohol es la droga más utilizada. Los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas. (Florenzano et al., 2016; Monteiro, 2007)

En los núcleos familiares existen conflictos, caracterizados por discusiones frecuentes interacciones negativas. Los familiares se preocupan y se ven afectados por sus parientes que consumen alcohol, están inmersos en circunstancias estresantes y se enfrentan la problemática de diversas maneras, pudiendo



afrontarlas de distintas maneras: tolerancia, involucramiento o abandono. (Zambrano, Pérez, Alonso, & Álvarez, 2016)

### **2.2.3 Traumatismos y Accidentes de Tránsito**

En Guatemala, en el año 2014, se calcula que el riesgo de sufrir un traumatismo que requiera atención en un servicio de urgencias se multiplica por 5, cuando se consume alcohol. 28% de los hombres y 6% de las mujeres atendidos por traumatismos consumieron alcohol en el año. 34% de los traumatismos que requieren atención de urgencia podrían ser evitados si no se consumieran bebidas alcohólicas. (OPS, 2014)

Oliveira y colaboradores, 2018, analizaron 1.264 registros de accidentes de circulación, en Brasil, durante 2018 para evaluar los accidentes de circulación su asociación al consumo de bebidas alcohólicas. Se observó que los accidentes de circulación tuvieron mayor incidencia en individuos del sexo masculino, que tenían de promedio 31 años de edad, con mayor ocurrencia en zona urbana, durante las noches y en fines de semana. La implicación en accidentes se elevó cuando la víctima estaba bajo el efecto del alcohol. (De Oliveira, 2018)

### **2.3 Historia**

En el Papiro Ebers del Antiguo Egipto, datado en torno al año 1600 a. C., ya se describen los efectos del alcohol. La palabra alcohol proviene árabe *alkuhe* que significa esencia. 800 años A.C., en la península arábiga, fue creado el proceso de destilación, 400 años más tarde ya Hipócrates describió la locura alcohólica. Desde hace milenios, en América se han producido bebidas alcohólicas principalmente a nivel doméstico o en comunidades pequeñas, utilizando materiales y métodos transmitidos de generación en generación. Estas bebidas, producidas de granos, frutos u otros materiales orgánicos, casi siempre eran fermentadas y contenían por lo

menos un porcentaje bajo de etanol. (Muracén, Martínez, & Medina, 2001; Valdés-Stauber, 2003)

Antes del siglo 17, no podían ser guardados durante mucho tiempo y los medios de transporte eran limitados. Por lo tanto, lo que se producía generalmente se consumía pronto y a nivel local. En su mayor parte, las bebidas se consumían en el hogar y se regalaban como signo de generosidad u hospitalidad. La producción de alcohol presupone la existencia de un excedente agrícola, se consumía en festivales o celebraciones de finalización de cosechas. Por su capacidad de intoxicación, en muchas sociedades las bebidas alcohólicas eran consideradas como mercancías especiales. Su consumo estaba muchas veces restringido a ciertos grupos de población, a ocasiones específicas o a ceremonias religiosas. (Monteiro, 2007; Muracén et al., 2001; Valdés-Stauber, 2003)

Las políticas de control del alcohol datan de desde hace más de tres mil años. Después de la Primera Guerra Mundial, muchos países iniciaron y posteriormente abandonaron las leyes que prohibían la venta de bebidas alcohólicas. Los esfuerzos actuales para prevenir los problemas causados por el alcohol a través de políticas públicas fueron ampliamente reconocidos con la publicación de la Monografía “Políticas de Control del Alcohol en la Perspectiva de la Salud Pública” de 1975. Este reporte fue de guía para las recomendaciones de la Asamblea Mundial de Salud, acerca de diseñar políticas de control en las que se enfatizen las medidas de prevención. (Brand, Saisana, Rynn, Pennoni, & Lowenfels, 2007)

#### **2.4. Fisiopatología**

En el concepto de alcoholismo se incluye el trastorno por dependencia del alcohol y el trastorno por abuso de alcohol. La Organización Mundial de la Salud en 1992 define el Síndrome de dependencia del alcohol de manera muy parecida, pero al trastorno por abuso de alcohol lo denomina Consumo Perjudicial de Alcohol y lo

define como el consumo de alcohol que está afectando ya a la salud física o mental. (Serecigni & Pastor, 2008)

A concentraciones de etanol en sangre entre 20-30 mg/dL hay sensación de bienestar y disminución del tiempo de reacción. Concentraciones mayores de etanol se relacionan con alteración de la percepción y del juicio. Concentraciones mayores a 400mg/dL pueden producir coma, depresión respiratoria y la muerte. La relación entre el consumo de alcohol y sus consecuencias depende de la cantidad de alcohol ingerido y del patrón de consumo. Los efectos bioquímicos están relacionados con efectos crónicos a nivel individual. La intoxicación aguda se relaciona con accidentes, violencia y conflictos sociales. La dependencia tiene consecuencias tanto agudas como crónicas, asociándose con más de 60 enfermedades físicas y mentales, así como con numerosos problemas sociales, que afectan a la familia y a su entorno. (Núñez, Piñeiro, & Chillón, 2016; Ochoa & Vicente, 2009)

#### **2.4.1. Etiopatogenia**

Las toxicomanías tienen rasgos neurobiológicos comunes: toda sustancia que aumente la liberación de dopamina en el núcleo accumbens tiene un efecto gratificante y se favorece la instauración de una dependencia. Aquellas sustancias que simultáneamente produzcan excitación e inhibición son candidatas a producir una dependencia, así como las sustancias que actúan sobre núcleos que controlan el nivel de vigilia y las emociones, por lo que las drogas en general pueden actuar primariamente sobre los sistemas serotoninérgico, gabérgico y noradrenérgico. Los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia son los relacionados con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a otros sistemas de modo que consumir alcohol se comporta como un refuerzo negativo. Se implican en la dependencia de alcohol los circuitos anatómicos de recompensa: haz prosencefálicos mediales, hipotálamo lateral y áreas de la corteza prefrontal. También

están implicadas las vías de neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica, serotoninérgica, glutaminérgica, GABA, y canales del calcio. (Valdés-Stauber, 2003)

El consumo de alcohol produce sedación y euforia por liberación de dopamina, inhibición de los canales de calcio, inhibición de los receptores para glutamato N-metil-D-aspartato (NMDA) y potenciación del GABA. Crónicamente, produce deseo de consumo por disminución de los niveles de dopamina, incremento de canales de calcio y disminución de GABA. En la abstinencia se produce un estado de excitabilidad neuronal en el que participan el elevado número de receptores NMDA, y canales de Calcio y la disminución de gabanérgicos. La actividad del receptor NMDA en el hipocampo puede provocar convulsiones y aumento de liberación de dopamina en hipocampo que puede provocar alucinaciones en el delirium. (Ochoa & Vicente, 2009; Valdés-Stauber, 2003)

Tanto el etanol como otras drogas, mejoran la transducción de señales eléctricas en las membranas de neuronas ubicadas en el núcleo accumbens a través de una modificación de la concentración de proteínas G – de carácter inhibitor- así como a través de un aumento de la concentración del factor de transcripción FOS y de otros genes. La dependencia al alcohol parece estar ligada, asimismo, al sistema glutaminérgico a través de la inhibición de la actividad de los receptores NMDA, responsables de efectos excitatorios neuronales por medio de un aumento de permeabilidad de los canales del calcio postsinápticos ligados a estos receptores, lo que lleva a una proliferación compensatoria de estos últimos. (Valdés-Stauber, 2003)

El abuso de alcohol (DSM-IV-TR) es un patrón desadaptativo que conlleva problemas. El consumo perjudicial (CIE 10), independientemente de la cantidad, se relaciona a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia de ingerir bebidas alcohólicas. El síndrome de dependencia al alcohol se caracteriza por la presencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican la pérdida de control sobre el consumo y continuar bebiendo a pesar de los resultados contraproducentes. La intoxicación etílica se relaciona con accidentes de tráfico,

actos criminales, suicidios, y lesiones que producen fracturas y traumatismos cráneo-encefálicos. Lesiones por congelación y quemaduras pueden ocurrir durante la exposición a la intemperie. (Ochoa & Vicente, 2009).

El consumo perjudicial de alcohol es un indicador de la dependencia del consumo de bebidas alcohólicas, lo que se asocia con diversos trastornos, entre los que se destacan trastornos de ansiedad (ansiedad, agorafobia, fobias sociales y trastorno de estrés postraumático), trastornos del estado de ánimo (riesgo de suicidio), y trastornos de la personalidad. (Rivas, Hernández, Manuel, & Guzmán, 2016)

Los diferentes tipos de consumo se puede clasificar como :

TIPO DE CONSUMO	DESCRIPCIÓN
<i>Uso sin riesgo</i>	El consumo de sustancias psicoactivas se presenta de manera aleatoria en la vida de esa persona, sus relaciones no se han dañado, continuando ésta con sus potencialidades
<i>Consumo de riesgo</i>	Se trata de un patrón de consumo de sustancias psicoactivas que, si persiste en el tiempo, hay probabilidad de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud u de otro tipo de consecuencias negativas sociales, jurídicas, etc.
<i>Consumo problema</i>	Es aquel tipo de consumo que, directa o indirectamente, ya produce consecuencias negativas para el individuo o terceros, en el área salud, vínculos familiares, laborales, sociales, seguridad personal, etc.
<i>Dependencia</i>	Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían alto valor. La manifestación característica es el deseo imperioso (compulsión, "craving") de incorporar o utilizar la sustancia.

Fuente: Guía de práctica clínica de abordaje integral de las adicciones: Programa Provincial de Abordaje Integral de las Adicciones – Año 2016

Consumir cantidades bajas a moderadas de alcohol durante la gestación puede tener impacto negativo en el desarrollo del feto. No ha sido posible determinar una dosis segura de consumo durante la gestación, han conducido a una modificación de las recomendaciones de consumo durante la gestación a nivel global, hasta restringirlo en su totalidad. El síndrome alcohólico fetal se presenta en los hijos de madres alcohólicas, caracterizado por retraso prenatal y postnatal de crecimiento y retraso psicomotor, dismorfología facial con microcefalia, fisuras palpebrales cortas, párpado superior delgado y aplanamiento de la región maxilar. Otras malformaciones son

hemangiomas, anomalías de articulaciones y extremidades, anomalías genitales y defectos cardíacos. (Lichtenberger, Aldana; López, Mariana; Cremonte, 2015; Ochoa & Vicente, 2009)

#### **2.4.2. Complicaciones Crónicas**

El delirium por abstinencia alcohólica (delirium tremens) se determina por: alteración de la conciencia, agitación, alucinaciones y en algunas ocasiones con crisis convulsivas generalizadas. Suele iniciarse al segundo o tercer día de haber interrumpido o reducido la ingestión de alcohol. La mortalidad del delirium tremens afecta al 10% de los pacientes no tratados y al 25% de los pacientes con enfermedades asociadas. El primer episodio de esta alteración suele darse de 5 a 15 años después de haberse establecido el hábito de beber alcohol. (Ochoa & Vicente, 2009)

El síndrome de Korsakoff y la encefalopatía de Wernicke se producen por deficiencia de tiamina en pacientes alcohólicos crónicos. La encefalopatía de Wernicke se caracteriza clínicamente por confusión de conciencia, parálisis oculomotoras, nistagmo vertical y ataxia. El tratamiento incluye el uso de tiamina intravenosa, para evitar la progresión hacia el síndrome de Korsakoff. Éste se caracteriza por amnesia, alteración de la atención/concentración, apatía e indiferencia. Se altera la memoria declarativa pero no la memoria de procedimiento. También se altera la memoria episódica (para sucesos específicos) y no la memoria semántica (lenguaje y sus reglas). (Ochoa & Vicente, 2009)

#### **2.4.3. Farmacocinética y Farmacodinámica**

El alcohol etílico o etanol ( $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ ) es un líquido incoloro, inflamable e hidrosoluble, atraviesa las membranas biológicas. Se absorbe rápidamente en el estómago (20%) e intestino delgado. La rapidez de absorción depende de presencia

de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerida y tipo de bebida. Parte del alcohol se metaboliza en estomago por la alcohol-deshidrogenasa (ADH) que es menor en la mujer. Se distribuye rápidamente por todo el organismo, excepto por el tejido graso, y alcanza la máxima concentración a los 30-90 minutos de su ingesta. Atraviesa con facilidad todas las barreras. Se metaboliza en su mayor parte por vía hepática, eliminándose principalmente por vía renal. La intoxicación pasa por tres fases: excitación psicomotriz, incoordinación con depresión cerebral y coma. Puede asociarse a amnesia para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación. Con el desarrollo de tolerancia, los efectos motores, sedantes y ansiolíticos del alcohol disminuyen de intensidad. (Ochoa & Vicente, 2009)

## **2.5. Diagnóstico**

El síndrome de dependencia se define como el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia, se caracteriza por: un intenso deseo de utilizar la sustancia, deterioro de la capacidad para controlar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia a la droga y en ocasiones, abstinencia por dependencia física. El riesgo durante la vida de padecer dependencia alcohólica oscila entre el 10% para los hombres y 3 a 5% para las mujeres; el riesgo de consumo perjudicial es el doble. (Davila, Davila, Jurczuk, & Melgar, 2008; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2006)

El diagnóstico de alcoholismo incluye la elaboración de una correcta anamnesis y exploración física. Se valorará el consumo alcohólico y sus repercusiones (trastornos conductuales, repercusiones familiares, sociales y legales). En la exploración física se buscarán alteraciones somáticas y signos clínicos que evidencien las consecuencias del consumo etílico (Insomnio, Náuseas o vómitos, Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad,

convulsiones tipo gran mal (crisis epilépticas), pérdida de la conciencia). Los cuestionarios de detección y cuestionarios son eficaces en el diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso del alcohol. Siempre deben emplearse en el transcurso de una entrevista estructurada, no sustituyen a la entrevista clínica. Pueden utilizarse para: la detección de casos, identificando a los sujetos que cumplen criterios diagnósticos de abuso o dependencia al alcohol y requieren una evaluación adicional para definir el diagnóstico final; diagnóstico, Cuantificando la presencia y gravedad de los síntomas; evaluación de la gravedad e intensidad de la dependencia, evaluación del craving; evaluación de la motivación. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2006; Ochoa & Vicente, 2009)

Al realizar la, se recomienda actitud empática, ambiente de confianza y efectuarlas preguntas sobre el consumo de alcohol. Al establecer el diálogo, este se centrará en el interés por la situación personal del usuario y las circunstancias personales y sociales en las que se encontraba antes de acudir a la consulta a la vez que se exploran sus hábitos de vida (incluido el consumo de otras sustancias). Cuando el motivo de consulta está relacionado con dificultades asociadas al consumo de alcohol, se puede realizar una entrevista más directa. Algunas de las complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol, pueden requerir atención y tratamiento urgente. La exploración general sirve para identificar daños orgánicos asociados al consumo de alcohol y complicaciones, que pueden ser agudas o crónicas. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

En el proceso de atención a personas adictas al alcohol es necesaria la valoración de aspectos que intervienen en el establecimiento de las formas evasivas de la enfermedad. El consumo del tóxico persigue olvidar experiencias penosas o situaciones dolorosas, sin percatarse que dicha conducta lo que hace es aumentarlas hasta el punto de llegar a una evasión secundaria, en la que finalmente, se pretende olvidar, paradójicamente, las propias consecuencias del consumo. La preexistencia de trastornos mentales puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo de abuso en el consumo de alcohol; el trastorno de personalidad antisocial aumenta la



probabilidad de una ingesta excesiva; la depresión perjudica el tratamiento del consumo excesivo de alcohol y algunos síntomas psiquiátricos aparecen en el curso de una intoxicación crónica por alcohol. Asimismo, el consumo perjudicial de alcohol puede conducir a depresión y a ansiedad. (Iglesias, 2016; Rivas et al., 2016)

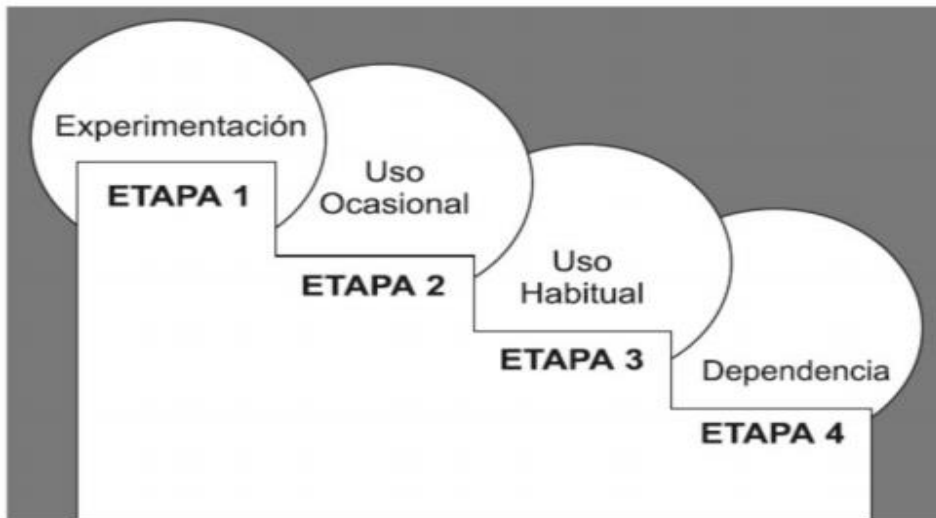
Miquel y colaboradores, 2016, realizan entrevistas y evaluaciones de 1,372 en pacientes que asistieron a clínicas de atención clínica primaria, con el fin de describir la prevalencia y el grado de reconocimiento del trastorno por uso de alcohol y dependencia de alcohol, por parte de los médicos de atención primaria. La entrevista diagnosticó alcoholismo en un 9,6% del total de la muestra. Los médicos detectaron un 4,8% de trastorno por uso de alcohol. La entrevista detectó mayor proporción de casos entre las edades más jóvenes, y el médico detectó mayor porcentaje de trastorno por uso de alcohol y dependencia de alcohol en personas de mayor edad y con enfermedades concomitantes. Los médicos identificaron el 28,8% de los casos diagnosticados de trastorno por uso de alcohol TUA por la CIDI. Se concluyó que los médicos de atención primaria reconocen poco el trastorno por uso de alcohol en gente joven, mientras que detectan más la enfermedad en pacientes de mayor edad y con comorbilidades asociadas. La prevalencia de alcoholismo es elevada en atención primaria. Incrementar el reconocimiento de los médicos de atención primaria de los pacientes que consumen alcohol en exceso, es un objetivo de relevancia, dado que la intervención precoz es útil, y porque se dispone de herramientas terapéuticas (intervención breve, entrevista motivacional) que han demostrado ser eficaces para reducir el impacto del alcohol en la salud de la población. (Miquel, Barrio, & Moreno, 2016)

### ***2.5.1 Diagnóstico de Dependencia***

Según los criterios diagnósticos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), de 1992, el diagnóstico de dependencia del alcohol, sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

1. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
3. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa, cuando se confirme por el síndrome de abstinencia o el consumo de alcohol (o de otra sustancia muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la cantidad de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían cantidades menores.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol y aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal como daños hepáticos, estados de ánimo depresivos o deterioro cognitivo secundario al consumo de alcohol. Debe investigarse si la persona que consume el alcohol es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

## EVOLUCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS



Fuente: Universidad Autónoma Indígena de México: El consumo de alcohol como problema de Salud Pública - 2017

### **2.5.2. Cuestionarios de detección**

El tamizaje sistemático es la estrategia más adecuada para identificar a los consumidores de riesgo. Un resultado negativo en estos test no excluye el problema, dado que la negación y posturas defensivas pueden provocar falsos negativos, hay que complementar con pruebas biológicas y entrevistas a acompañantes antes de formular un diagnóstico. Los más utilizados son el CAGE y el AUDIT. Otros son el CBA o Cuestionario Breve para Alcohólicos, el MALT o Münchner Alcoholismos Test, el MAST o Michigan Alcoholism Screening Test, el DPI o Índice de Problemas con la Bebida (diseñado específicamente para población mayor de 55 años), el AAIS o Adolescent Alcohol Involvement Scale (identifica adolescentes con problemas relacionados con la bebida) o el T-ACE y TWEAK (diseñados específicamente para detectar casos de alto riesgo en mujeres). (Ochoa & Vicente, 2009)

El CAGE consta de 4 ítems, diseñado para la detección del alcoholismo. Su sensibilidad es del 65-100% y su especificidad del 80-100%. Se considera positivo si se responde afirmativamente a un mínimo de dos preguntas. No estudia cantidad, frecuencia ni tiempo de la ingesta. Útil en el tamizaje de Atención Primaria. El AUDIT o Alcohol Use Disorders identificación Test, es el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica en el ámbito sanitario. Contiene 10 ítems referidos al consumo en el último año. Discrimina uso de riesgo, perjudicial y dependencia. El rango de puntuación va de 0 a 40 puntos. Puntuaciones superiores a 8 es indicativo de bebedor de riesgo, y superiores a 13 indican probable dependencia. Una versión reducida, el Audit-C es el cuestionario de elección para el cribado de consumos de riesgo en el ámbito sanitario. Su punto de corte para el consumo de riesgo es de 5 o más en varones y 4 o más en mujeres. (Ochoa & Vicente, 2009)

### **2.5.3. Marcadores Biológicos del Alcoholismo**

En el examen físico puede observarse rubicundez, hipertrofia parotídea, alopecia y distribución ginecoide del vello. Los exámenes de gabinete pueden ser indicativos de alteraciones hepáticas y/o metabólicas (disminución del tiempo de protrombina, aumento de las enzimas hepáticas, ácido úrico, triglicéridos, urea). El volumen corpuscular medio o VCM de los eritrocitos se encuentra elevado en 31-96% de pacientes alcohólicos. Se origina por efecto tóxico directo del alcohol sobre los hematíes, deficiencia de ácido fólico y hepatopatía asociada. (Ochoa & Vicente, 2009)

La CDT o transferrina deficiente en carbohidratos se utiliza desde 1992, en monitorización y control de la abstinencia. Esta elevada en el 80% de bebedores de riesgo (que consumen entre 50-60 gr. de alcohol/día) y en el 90% de pacientes alcohólicos. Su vida media es de 15 días, por lo que tras la abstinencia sus valores

se normalizan en dos semanas y vuelve a subir tras las recaídas, siempre que se beba más de 50 gr. de alcohol/día durante una semana. La especificidad de la CDT es mayor que la de los otros marcadores. Existen falsos negativos dado que el 18% de bebedores crónicos y excesivos tienen una CDT normal. Sensibilidad del 82% y especificidad del 91,5% con un punto de corte para el varón de 20 U/l y de 26 U/l para la mujer, con mejores resultados si se utiliza la %CDT (valor relativo mayor de 6 en ambos sexos). (Ochoa & Vicente, 2009)

## **2.6 Tratamiento**

El uso excesivo de alcohol constituye una de las principales causas de enfermedades, accidentes y muerte. El consumo de alcohol está asociado con una variedad de efectos sociales y de salud adversos. Es causa de muchas enfermedades, como las enfermedades mentales, la cirrosis hepática, diversos tipos de cáncer, pancreatitis alcohólica y efectos fetales desfavorables en las mujeres embarazadas. El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con acontecimientos de efectos sociales negativos, como muertes y accidentes por conducir en estado de ebriedad, conductas agresivas, violencia familiar y reducción de la productividad laboral. (OPS/OMS, 2000)

Se define como consumo alcohólico de riesgo a aquel patrón de bebida que eleva el riesgo de sufrir consecuencias perjudiciales para el consumidor, tanto físicas como psicosociales. Los modelos de consumo de alcohol son multifactoriales, incluyéndose modelos sociales, actitudes familiares, gestión del tiempo libre y factores personales. El primer contacto con las bebidas alcohólicas sucede usualmente en el hogar, a través del ejemplo de los padres, con un consumo ligado a las reuniones sociales, en donde se ve como normal el consumo excesivo. (Pérez-Milena et al., 2017)

70% de las personas que han seguido un tratamiento contra el alcoholismo, refieren una reducción del número de días de consumo de alcohol y mejoría de salud a 6

meses. Existe el riesgo de un episodio de recaída durante el primer año de tratamiento, sin embargo, disminuye la frecuencia y cantidad de alcohol que antes del inicio del tratamiento, llegando a la abstinencia en el 70% al 90% de los días y presentando consumo excesivo de alcohol sólo en el 5% al 10% de los días. (Serecigni & Pastor, 2008)

No todos los pacientes que consumen alcohol sufren síndrome de abstinencia, pero si constituyen la población en riesgo de padecerlo. En general el paciente que presenta un síndrome de abstinencia menor no presenta estado de deshidratación por lo que el tratamiento ambulatorio y por vía oral es el más recomendado. Durante las crisis del síndrome de dependencia, la mayoría de intervenciones son médicas y orientadas a mantener el soporte vital y evitar las complicaciones, las principales acciones son: Procurar la sedación adecuada y la prevención de complicaciones, monitoreo de signos vitales y corrección hidroelectrolítica, asegurar la vía aérea, realizar lavado gástrico en los casos pertinentes. En casos graves que requieran tratamiento intrahospitalario con uso de soluciones intravenosas para rehidratación y reposición de electrolitos, debe administrarse tiamina 100 mg al día, ácido fólico 1 mg al día (La infusión de tiamina es prioritaria durante la administración de glucosa, ya que esta necesita tiamina para su metabolismo, pudiendo agotarse las reservas de esta vitamina en el paciente alcohólico). En el segundo nivel de atención pueden utilizarse benzodiazepinas para inducir sedación, utilizarse con precaución y referir al nivel especializado. (Davila et al., 2008; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2006; Núñez et al., 2016)

En algunos casos, las opciones terapéuticas y sus criterios tanto de inclusión y exclusión como de ejecución no se encuentran nítidamente definidos. En estos casos lo que realmente es importante es definir el objetivo principal en función de las demandas, necesidades, características y repercusiones del consumo, así como los medios que se disponen para conseguirlo. La concepción del tratamiento del trastorno adictivo como un proceso, con fases de recaída y abstinencia, parece más adecuado situar el estado de la cuestión en elegir aquella opción terapéutica que

mejor se adapte a las necesidades del paciente concreto y en su situación actual. Se engloba ampliamente en el concepto de necesidades no sólo las inmediatas, sino también las de medio y largo plazo, dentro de la perspectiva más longitudinal del alcoholismo. (Ochoa & Vicente, 2009)

Al diagnosticar un trastorno por dependencia alcohólica, debe informarse al paciente de la necesidad de tratamiento. Comúnmente, los pacientes se resisten a afrontar el problema hasta que tienen complicaciones o conflictos graves. En algunos casos esta decisión se toma solo ante la posibilidad de tratamiento o sufrir graves consecuencias de salud o separación familiar. La psicoterapia administrada a los pacientes alcohólicos es principalmente Terapia Cognitiva, entrevistas motivacionales y terapia Grupal. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013; Rehm, Rehm, & Shield, 2013)

Las etapas del cambio, según la motivación del paciente se desglosan así:

- a. Precontemplación: En esta etapa los programas terapéuticos suelen fracasar, ya que no existe conciencia del problema, ni se busca ningún tipo de solución. Los esfuerzos del profesional han de ir dirigidos a promover la motivación del paciente.
- b. Contemplación: se empieza a contemplar el problema, pero aún existe una indecisión que detiene al cambio paciente. En esta fase todavía son frecuentes los intentos terapéuticos fallidos.
- c. Preparación: El paciente ha decidido emprender alguna medida para modificar sus hábitos de consumo. Acción se inicia el cambio de conducta, generalmente, apoyado de una intervención terapéutica.
- d. Mantenimiento: Desde los seis meses posteriores a la estabilización hasta cinco años después de iniciado el cambio.
- e. Recaída: si ocurre una reanudación puntual del consumo, debe reconducirse para evitar una recaída propiamente dicha. Puede hacer que el paciente retroceda al estadio de pre contemplación. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

Los Objetivos Terapéuticos del tratamiento de la dependencia alcohólica podrían resumirse así:

A. Corto plazo

1. Motivar para iniciar el tratamiento
2. Supresión de la ingesta
3. Tratamiento del síndrome de abstinencia
4. Tratamiento de la patología aguda asociada.

B: Mediano Plazo

1. Abstinencia sostenida.
2. Resolver/disminuir la problemática física, psíquica y social.
3. Responsabilidad en el tratamiento propio.
4. Adquirir hábitos personales y habilidades sociales en sobriedad.

C. Largo plazo

1. Consolidar actitudes y hábitos positivos adquiridos.
2. Fomento del desarrollo personal. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

### **2.6.1. Intervenciones Breves**

Gran parte de los consumidores de alcohol necesita únicamente intervenciones breves de carácter preventivo y que se centren en dos grupos de sujetos: aquellos consumidores de riesgo que no han desarrollado dependencia ni consecuencias relacionadas al consumo; y a los sujetos que han sufrido consecuencias recientemente, y quienes relativizan su problema a pesar de claras consecuencias en cualquiera de los ámbitos señalados. Se busca la reducción del consumo de alcohol en la población, y la adecuación a niveles no patológicos o problemáticos y la referencia a centros especializados cuando se considere oportuno. Son intervenciones sencillas, que requieren mínima formación y esfuerzo en el agente terapéutico, y que han resultado exitosos. Se persigue con estos programas un consumo moderado, no diario, de baja cuantía, evitando consumos masivos, puntuales, incluyendo periodos de abstinencia y previniendo todo tipo de complicaciones físicas, psíquicas y sociales. (Ochoa & Vicente, 2009)



Las Intervenciones Breves son eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol, el número de episodios de consumo de riesgo y la frecuencia de consumos excesivos. Miller y Muñoz (2005) proponen los siguientes objetivos: Iniciar con un periodo de abstinencia inicial de 1-2 semanas de duración. Esto permite verificar si se presenta dependencia física, en este caso se exhortaría el tratamiento especializado del alcoholismo. También puede ser de utilidad para identificar situaciones que propician un mayor consumo o mayor craving de alcohol y que, por tanto, son de mayor riesgo. Finalmente, algunas personas pueden decidir que prefieren mantenerse sin beber y que prefieren prolongar este periodo de forma indefinida. A continuación, se establece un límite de consumo de alcohol por debajo de los límites del consumo de riesgo, tomando en cuenta la cantidad y frecuencia del consumo. Asimismo, se recomienda que el paciente anote la fecha, la hora, el tipo de bebida, su cantidad y dónde la ha tomado. Dicha retroalimentación le va a ayudar a reducir el consumo de alcohol y a tomar conciencia sobre su forma de beber. Aprender a modificar las pautas de consumo de alcohol: Un primer paso es consumir bebidas de menor graduación alcohólica, es decir, fermentadas en vez de destiladas, o incluso seleccionar cervezas y vinos de menor graduación. Para mantenerse en los límites establecidos se controla y reduce la velocidad con la que el alcohol ingresa al organismo. (Serecigni & Pastor, 2008)

### ***2.6.2. La entrevista Motivacional***

Miller y Rollnick (2002) diseñaron una forma de entrevistar a los pacientes, “la entrevista motivacional”, permite explorar y trabajar sin activar la “resistencia” al cambio. Si la intervención se hace pensando erradamente que se encuentra en una fase más avanzada de la que en realidad está el paciente, lo más probable es que éste rechace los objetivos que le proponemos y que muestre su resistencia al cambio. Con esta técnica es posible ayudar a que el paciente progrese de un estado de cambio refractario a otro más avanzado y conseguir que él mismo cambie sus

hábitos de consumo de alcohol y estilo de vida. Incluye evaluar al paciente, para identificar en qué fase de cambio se encuentra, qué objetivos y estrategias recomendarle y cómo trabajar con su ambivalencia al cambio. (Serecigni & Pastor, 2008)

Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo del cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas. Los principios básicos de la entrevista motivacional son:

- a. Expresar empatía: Solidaridad emocional, intentando comprender sus pensamientos y emociones.
- b. Desarrollar la disconformidad: Aumentar su nivel de conflicto entre la conducta actual y los valores importantes de vida. Debe lograrse que el paciente verbalice sus discrepancias. El paciente reconoce dónde está y dónde querría estar respecto al hábito de beber alcohol.
- c. Evitar argumentar y discutir con el paciente: Esto puede crear resistencia. Los intentos de convencerle tienden a producir oposición al cambio.
- d. Trabajar las resistencias: Evitando las actitudes que puedan facilitarlas. No imponer cambios, ni regañar al paciente.
- e. Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia: El paciente es el responsable de escoger y realizar el cambio. Los resultados previos satisfactorios pueden servir de refuerzo. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

### **2.6.3. Desintoxicación**

La fase de desintoxicación es la piedra angular en el tratamiento del paciente alcohólico.

En los programas que quieren alcanzar la abstinencia, la desintoxicación suele ser un paso necesario en el tratamiento del alcoholismo. Es el paso necesario para programas más amplios y completos que abordan los diferentes factores que inciden en la adicción al alcohol (programas de deshabitación en sentido amplio). Rara vez

la opción que muchos pacientes señalan de una reducción progresiva de alcohol hasta la abstinencia completa tiene éxito. Dichos programas se planifican en primer lugar bajo la necesidad de una desintoxicación ambulatoria o desintoxicación hospitalaria. Las primeras pueden llevarse a cabo si existe una buena motivación por parte del sujeto, con buen apoyo socio-familiar, tiene un consumo moderado de alcohol, sin presentar enfermedades físicas o psíquicas potencialmente graves, que no haya fracasado repetidas veces en intentos ambulatorios previos y que carezca de antecedentes de delirium tremens o crisis convulsivas en abstinencias previas. (Ochoa & Vicente, 2009; Valdés-Stauber, 2003)

#### **2.6.4. Abstinencia**

Existe un mayor riesgo de que aparezcan síntomas abstinencia de intensidad grave en aquellos pacientes con más de 40 años que lleven más de ocho años con consumo de alcohol intenso, que ingieran más de 100 gr de alcohol al día, que presenten síntomas y signos de abstinencia en las horas que no consumen alcohol, que padezcan cirrosis, o que se detecte en ellos alcoholemias de 200 mg por dl., elevación del volumen corpuscular medio de los glóbulos rojos y elevación del nitrógeno de urea en sangre. Entre los pacientes con síntomas leves o moderados de abstinencia alcohólica la desintoxicación ambulatoria es tan efectiva y segura como la realizada mediante hospitalización, con la ventaja añadida de tener un menor coste sanitario. La realización del tratamiento del Síndrome de Abstinencia, de manera ambulatoria u hospitalaria dependerá de factores médicos del paciente y de su accesibilidad a recursos sociales o familiares. La desintoxicación hospitalaria debe realizarse cuando existan los siguientes factores: enfermedades médicas que requieran hospitalización, riesgo de suicidio, consumo intenso y de larga evolución, episodios previos de Síndrome de Abstinencia grave, fracasos terapéuticos previos, ausencia del apoyo social necesario para monitorizar al paciente ambulatorio. (Serecigni & Pastor, 2008)

### **2.6.5. Deshabitución**

Es una intervención psicosocial asociada a la farmacoterapia específica del alcoholismo que puede estar basada en los fármacos interdictores o los fármacos anticraving, asociados a los utilizados para el tratamiento de las comorbilidades asociadas al alcoholismo. Es el periodo cuyo objetivo principal es la recuperación de un estilo de vida sano, que prevenga la recaída. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013; Ochoa & Vicente, 2009)

Los principales objetivos que se intentan conseguir mediante la deshabitución son:

1. Fomentar el desarrollo personal
2. Prevenir recaídas
3. Mantener la abstinencia a medio y largo plazo
4. Desarrollar habilidades sociales sin alcohol. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

El proceso de la deshabitución necesita la combinación de varios tipos de intervenciones de forma estructurada:

1. Farmacológicas
2. Psicosociales
3. Familiares o núcleo de convivencia y de apoyo
4. Intervenciones sociales
5. Grupos de autoayuda (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

Las principales actuaciones terapéuticas están dirigidas a evitar el consumo de alcohol, utilizando fármacos antidipsotrópicos o interdictores, que actúan inhibiendo la metabolización del acetaldehído; disminuir el refuerzo asociado a su consumo, disminuir la intensidad de los síntomas de abstinencia condicionados a las situaciones de consumo y que incrementan el deseo de beber y aumentar la capacidad de control. En la prevención de recaídas y a nivel farmacológico se

pueden emplear distintas estrategias. Por un lado, están los fármacos interdictales o aversivos, sustancias como la cianamida cálcica y el disulfiram, que provocan la acumulación de acetaldehído al inhibir la enzima aldehído deshidrogenasa del metabolismo del alcohol. De esta manera generan en el individuo sensaciones subjetivas y fisiológicas desagradables que dificultan la recaída. El tratamiento se basa por tanto en el refuerzo negativo que supone para el consumo la previsible reacción cuando se combina alcohol y fármaco. Su empleo debiera reservarse en situaciones de buen apoyo familiar y posibilidad de supervisión del tratamiento. Su uso no es excluyente del empleo de otros fármacos como naltrexona o acamprosato. (Ochoa & Vicente, 2009; Serecigni & Pastor, 2008)

#### **2.6.5.1. Fármacos interdictales del alcohol o Antidipsotrópicos**

La acción de estos fármacos consiste en evitar el consumo de alcohol, por medio del temor a los efectos desagradables que aparecen al ingerir alcohol después de tomar el tratamiento aversivo. Actúan bloqueando el metabolismo del alcohol, mediante la inhibición de la enzima aldehído-deshidrogenasa, lo que ocasiona acumulación de acetaldehído, produciendo la aparición de náuseas, taquicardia, mareo, sudoración profusa, rubefacción facial, visión borrosa, cefalea, hipotensión ortostática y sensación de disnea. Los síntomas aparecen 10-20 minutos tras consumir alcohol. Su intensidad es proporcional a la dosis del fármaco y a la cantidad de alcohol ingerido. El paciente debe ser informado de los efectos e interacciones del fármaco prescrito con el alcohol, antes de iniciar el tratamiento, ya que debe ser aceptado de forma voluntaria. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

Se recomienda como primera opción terapéutica la cianamida, aunque la potencia interdicta pueda ser de menor duración, presenta menos efectos secundarios que el disulfiram. En los pacientes con tratamientos prolongados con cianamida cálcica o disulfiram, también se debe vigilar la función hepática, especialmente en caso de hepatopatía. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

### **2.6.5.2. Fármacos inhibidores del deseo de beber (Fármacos Anticraving)**

La disminución de los deseos de consumir alcohol, así como la pérdida de control que se produce tras iniciar la ingesta de alcohol, es uno de los campos prioritarios para la investigación de nuevos fármacos. Los pacientes con dependencia alcohólica pueden presentar deseo intenso o necesidad de beber alcohol (*craving*), que puede dar lugar a la búsqueda y consumo de alcohol, con pérdida de control tras iniciar la ingesta (*priming*). Actualmente, las mayores evidencias se centran en la naltrexona y en el acamprosato. El acamprosato es un fármaco seguro, bien tolerado y se ha mostrado más eficaz que el placebo en la mayor parte de los ensayos clínicos (reduce el consumo de alcohol y disminuye las recaídas en periodos de seguimiento de seis a doce meses). Las dosis recomendadas son de 1.332 a 1.998 mg/día (4 a 6 comprimidos repartidos en tres tomas). La naltrexona es útil en la disminución del consumo de alcohol y en la prevención de recaídas. Los ensayos clínicos avalan los beneficios a corto plazo (seguimientos de 12 semanas), siendo pocos los ensayos publicados con seguimientos a largo plazo. La dosis recomendada es de 50 mg/día, en una toma. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

### **2.6.5.3 Rehabilitación**

La estructura básica de un programa cognitivo-conductual de tratamiento de alcoholismo incluye la motivación para la abstinencia y la prevención de recaída, así como una serie de herramientas encaminadas a afrontar la sintomatología de abstinencia y los factores que hayan guardado relación tanto en el inicio como en el mantenimiento del hábito alcohólico. Se citan entre otras las técnicas de resolución de conflictos, manejo de la ansiedad y depresión, habilidades sociales. Muchas de estas terapias se complementan con, o consisten exclusivamente en, técnicas de grupo. (Ochoa & Vicente, 2009)

La mayoría de los tratamientos de deshabitación alcohólica se realizan de forma ambulatoria. Algunos casos necesitan el ingreso en centros terapéuticos durante alguna de las fases de la deshabitación. Cuando la deshabitación ambulatoria fracasa o no es posible realizarla, se hace necesario el ingreso del paciente en un centro especializado; como los centros residenciales, libres de drogas que usan modelos de tratamiento por etapas con niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza tanto los abordajes de terapeutas como la influencia entre compañeros, a través de una variedad de procesos de grupo. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

Martínez y colaboradores realizan en España un estudio que analizó la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo conductual, individual y grupal para personas diagnosticadas con alcoholismo, y determinar el papel de trastornos de la personalidad en el proceso de recuperación terapéutica. La muestra incluyó 80 pacientes con alcoholismo, 83.8 % hombres. Observaron una alta incidencia del trastorno obsesivo-compulsivo. Concluyen que el tratamiento de estos pacientes con patología dual exige un mayor período de tiempo y mayor esfuerzo por parte del terapeuta para fortalecer la adherencia al tratamiento, aspecto que es decisivo para completar el programa y alcanzar las metas terapéuticas. (Martínez-González, Graña, & Trujillo, 2009)

La atención asistencial del paciente alcohólico constituye un verdadero reto en lo referente a garantizar la disposición permanente de ayuda, actitud sin la cual resultaría improbable el logro de los objetivos. El tratamiento y seguimiento de los pacientes alcohólicos ponen a prueba la ética y humanidad del equipo de salud, de los familiares y de los compañeros de trabajo que durante la alianza terapéutica acompañan y forman parte del equipo. (Montanet, Bravo, & Díaz, 2015)

### **2.6.6 Estrategias de Prevención**

Las medidas universales para el control del consumo excesivo de bebidas alcohólicas incluyen: fortalecer los sistemas de salud para proveer tratamiento e intervenciones tempranas, leyes contra la conducción de vehículos en estado de ebriedad, reducción del impacto social del alcohol producido de forma ilegal. Cuando estas medidas son combinadas con intervenciones dirigidas a poblaciones con riesgo alto, como adolescentes (restricciones de edad), alcohólicos (tratamiento y apoyo) y los conductores peligrosos (intervenciones desde el primer nivel de salud). Al combinarlas, se considera que el efecto puede ser más substancial. (Babor, 2010)

La reducción del uso nocivo del alcohol mediante normativas eficaces e infraestructura necesaria para aplicarlas es un asunto de desarrollo para los países, pues la magnitud del riesgo para los individuos y la comunidad correspondiente es mucho mayor en los países en desarrollo que en los países de ingresos altos, ya que, en los países con mayor desarrollo, las comunidades están más protegidas por leyes e intervenciones integrales, asociadas a convenios para hacerlas cumplir. (OMS, 2010)

Entre las posibles estrategias para disminuir el consumo excesivo de bebidas alcohólicas a nivel del país, podrían incluirse:

#### **a. Reglamentos**

En la mayoría de los países de América, las empresas privadas producen y comercializa el alcohol y los gobiernos no siempre reglamentan o supervisan esas actividades. Las medidas que los gobiernos pueden adoptar para controlar el acceso al alcohol, entre ellas, limitar los horarios y días de venta y asignar la edad mínima para la compra de bebidas alcohólicas. (OMS, 2015)

#### **b. Restricciones**

La prohibición total de la publicidad es la medida restrictiva más eficaz y el costo de hacerla cumplir es relativamente bajo. Casi 70% de los países de la Región no tienen reglamentada la propaganda de las bebidas alcohólicas en los medios de



comunicación. Estas restricciones a la comercialización de las bebidas alcohólicas podrían tener gran impacto en las mujeres, que son menos propensas que los hombres a comenzar a beber, y efecto todavía más importante entre los jóvenes, que son más sensibles a la publicidad. (OMS, 2015)

#### c. Impuestos

Los impuestos a las bebidas alcohólicas aumentan el ingreso fiscal y pueden utilizarse para financiar servicios de salud y sociales y mejorar la equidad entre la población. La reducción de la accesibilidad de las bebidas alcohólicas influye en todos los aspectos del consumo de alcohol, entre ellos, la prevalencia, la frecuencia e intensidad, así como en muchas de las consecuencias del consumo excesivo. (OMS, 2015)

#### d. Capacitación y Programas de Prevención

En muchos países de América no están bien reconocidos los problemas de alcohol. Se carece de programas apropiados para el desarrollo de capacidades (formación de profesionales de la salud durante los años académicos o de educación continua de postgrado, o en espacios de capacitación laboral, entre otras formas de educación profesional). La capacitación universitaria y de postgrado para compensar las necesidades de la práctica clínica no se realiza adecuadamente en la mayoría de los países. La falta de profesionales y no profesionales capacitados en la prevención, tratamiento o rehabilitación de los trastornos del uso de alcohol muchas veces impide la implementación de programas efectivos de prevención, tratamiento y rehabilitación. Aún no se considera al alcohol como un tema de salud pública, por lo que las respuestas se siguen promoviendo únicamente para aquellos con un diagnóstico clínico específico. (Monteiro, 2007)

Los países deben planificar y aplicar estrategias e intervenciones de prevención y tratamiento que se coordinen con las correspondientes a otros problemas de salud de alta prioridad para la salud pública relacionados con el alcohol, como el consumo ilícito de drogas, las enfermedades mentales, la violencia y los traumatismos, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la tuberculosis y el VIH. (OMS, 2010)

### **2.6.6.1 Intervenciones en la práctica clínica**

Las acciones psicoterapéuticas deben ser basadas en la evidencia. En la actualidad existe una gran variedad de opciones de tratamiento que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes alcohólicos y en última instancia alejarlos definitivamente del consumo. Los especialistas de la salud y particularmente los del campo de la salud mental, deben ser rigurosos en el diseño del tratamiento. (Cristovao & Rodríguez-Méndez, 2015)

Las intervenciones precoces y de carácter preventivo, están especialmente indicadas en bebedores de riesgo y en pacientes con consumo perjudicial de alcohol. Recopilar datos sobre el consumo de alcohol y los traumatismos. Implementar servicios de detección, intervenciones breves y remisiones a tratamiento para usuarios con uso nocivo del alcohol. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013; OPS, 2014)

Las acciones de salud deben partir de la promoción de estilos sanos de vida y de la prevención, por lo que hay que estar atentos al consumo en los más jóvenes. En adolescentes, se observan episodios de embriaguez durante los fines de semana, ya que se asocia a que las bebidas alcohólicas no deben faltar en sus actividades sociales, son consideradas una vía de aceptación al grupo, desconociendo en su mayoría, que el alcoholismo es una enfermedad. (Sit Pacheco, Rodríguez, & Puentes, 2016)

### **2.6.6.2. Investigación**

Sistematizar los sistemas de información y datos, incluidos los datos relativos a la atención de salud y los sistemas de aplicación de la ley, para mejorar el conocimiento acerca del consumo. Deben realizarse investigaciones en cuanto al consumo, desglosadas por sexo y grupo étnico, modos de producción ilícita o informal de alcohol, costos sociales y económicos para la sociedad por el consumo nocivo de

alcohol, incluidas las repercusiones del alcohol sobre el capital humano y el desarrollo económico, el alcohol y el desarrollo infantil, incluidos los trastornos fetales causados por el consumo de alcohol, el alcohol y las enfermedades infecciosas, los efectos del consumo nocivo de alcohol en las personas que rodean al bebedor, incluida su repercusión sobre niños, mujeres y los que sufren traumatismos causados por los bebedores y el consumo nocivo de alcohol en las poblaciones indígenas, los jóvenes y otros grupos de alto riesgo. (OPS/OMS, 2011)

## Capítulo 3

### MARCO METODOLÓGICO

#### **3.1 Sujetos de investigación**

En el estudio se entrevistó a 16 médicos generales, con experiencia de aproximadamente de 1 a 3 años en el tratamiento de los pacientes enfermos alcohólicos, la mayoría de estos médicos no poseían estudios universitarios específicos para la atención del paciente alcohólico, sin embargo contaban con algunas capacitaciones que no cuentan como grado académico que certifique las competencias necesarias para la atención del paciente alcohólico. La mayoría de estos médicos trabajan por turnos rotativos en los centros de rehabilitación. Se entrevistó a 9 enfermeras auxiliares sin ningún tipo de especialidad respecto al tema de adicciones. Las edades de los médicos participantes en el estudio tuvieron una media de aproximadamente 35 años. La media de edad de las enfermeras auxiliares fue de 45 años.

Estudio Cuantitativo, del área de: Salud Mental dentro del Contexto de la Realidad Guatemalteca, de la línea de investigación sobre las adicciones causas y efectos

#### 3.2 Instrumentos, confiabilidad y validez, árbol de categorías y cantidad de preguntas.

##### Instrumentos para la recolección de Datos

Se utilizó un instrumento de recolección de datos de elaboración propia en base a las variables de estudio, desglosadas por las etapas de atención que son 3:

1. Desintoxicación, que contempla: Existencia de historia clínica, elección de soluciones, farmacoterapia.

2. Estabilización que contempla: Existencia de Estudios diagnósticos laboratorios, tratamiento con base a diagnóstico.

3. Reintegración que contempla: Existencia de Abordaje psicológico, terapéutico con base a diagnósticos.

Dentro del árbol de categorías se desglosan los componentes de las etapas de atención al paciente alcohólico

<b>Árbol de categorías</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>SUBCATEGORIA</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>ETAPA DE ATENCION (Primera)</b>	<b>Desintoxicación</b>	<p><b>Historia Clínica.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Datos generales.</li> <li>✓ Antecedentes.</li> <li>✓ Perfil social.</li> <li>✓ Examen físico.</li> </ul> <p><b>Elección - Soluciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ S. Hartman.</li> <li>✓ S. Salina.</li> <li>✓ S. Mixta.</li> <li>✓ S. Dextrosa.</li> </ul> <p><b>Farmacoterapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ansiolíticos.</li> <li>✓ Antipsicóticos.</li> <li>✓ Antiespasmódicos.</li> <li>✓ Antieméticos.</li> <li>✓ Antidiarreicos.</li> <li>✓ Protectores gástricos.</li> <li>✓ Protectores hepáticos.</li> <li>✓ Vitaminas del complejo B.</li> </ul>

<p><b>Etapa de Atención (Segunda)</b></p>	<p><b>Estabilización</b></p>	<p><b>Estudios Diagnósticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ultrasonido abdomen completo.</li> <li>✓ Placa de Rayos X Abdomen simple.</li> <li>✓ Placa de Tomografía Abdominal.</li> <li>✓ Gastroscopia.</li> <li>✓ Electrocardiograma.</li> </ul> <p><b>Laboratorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hematología completa.</li> <li>✓ Pruebas Hepáticas.</li> <li>✓ TGO – TGP.</li> <li>✓ Pruebas renales.</li> <li>✓ Creatinina – Bun.</li> <li>✓ Pruebas Pancreáticas.</li> <li>✓ Amilasa – Lipasa.</li> </ul> <p><b>Electrolitos</b></p> <p>Sodio, Potasio, Cloruro.</p> <p><b>Amonio</b></p> <p><b>Heces y orina</b></p> <p><b>Tratamiento con base a diagnostico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cirrosis hepática.</li> <li>✓ Pancreatitis.</li> <li>✓ Hemorragia Gastrointestinal.</li> <li>✓ Encefalopatía Amoniacal.</li> <li>✓ Delirium Tremens.</li> <li>✓ Constipación Intestinal.</li> <li>✓ Hiponatremia.</li> <li>✓ Hipopotasemia.</li> <li>✓ Infarto Agudo al miocardio.</li> </ul>
---	------------------------------	---

<p><b>Etapa de Atención (Tercera)</b></p>	<p><b>Reintegración</b></p>	<p><b>Abordaje Psicológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Individual.</li> <li>✓ Colectivo.</li> <li>✓ Ocupacional.</li> <li>✓ Familiar.</li> <li>✓ Recreativo.</li> <li>✓ Ambulatorio.</li> </ul> <p><b>Abordaje terapéutico con base a los diagnósticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evolución de Patología.</li> <li>✓ Monitoreo de medicamentos.</li> <li>✓ Control de Estudios y laboratorios.</li> </ul>
---	-----------------------------	--

### **3.3 Procedimiento de Investigación**

Las actividades consideradas para la recolección de datos en el estudio fueron las siguientes:

- a. Se solicitó a los profesionales de la salud (médicos y enfermería) que laboran en los centros de rehabilitación al alcohólico que llenen el instrumento de recolección de datos acerca de las características de los protocolos de atención al alcohólico.
- b. Se revisó la calidad de los datos proporcionados por los profesionales de la salud del estudio.
- c. Se selecciono la información pertinente de los datos proporcionados por los profesionales participantes del estudio.
- d. Se evaluó la consistencia de los datos proporcionados por los profesionales de la salud participantes en el estudio.
- e. Se elaboraron tablas de Excel con los datos de la información seleccionada de los datos proporcionados por los profesionales de la salud participantes en el estudio, acorde a las variables de estudio para su posterior procesamiento.
- f. Se revisó la calidad y consistencia de los datos de las tablas de Excel
- g. Se realizaron Tablas y Graficas en base a la información consignada en Excel

### **3.4. Diseño y metodología estadística descriptiva para utilizar:**

El diseño del presente estudio es de tipo descriptivo cuantitativo transversal donde se observó y analizó los datos de las variables recopiladas en un periodo de tiempo. Y los resultados obtenidos se presentaron en frecuencias, proporciones, porcentajes y graficas de barras. Y en este diseño, los resultados de la investigación fueron descritos y caracterizados por etapas de atención al paciente alcohólico.



## Capítulo 4 RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO.

### 4.1. Análisis cualitativo

Se presentan los resultados del estudio “**Características de los protocolos de atención por etapas al paciente alcohólico, por profesionales de la salud en Centros de Rehabilitación de la Ciudad Capital, Guatemala Centro América, año 2018**”, que se realizó con base al instrumento de recolección de datos a los profesionales de la salud de los centros de rehabilitación.

La presentación de los resultados se organiza y se presenta de acuerdo a las variables estudiadas 1) Características de atención a la Desintoxicación (Etapa I: Historia clínica, Elección de soluciones, Utilización de farmacoterapia) 2) Características de atención de la Estabilización (Etapa II: Estudios Diagnósticos, Laboratorios, Tratamiento en base a diagnóstico) 3) Características de atención de la Reintegración (Etapa III: Abordaje psicológico, Abordaje terapéutico con base a los diagnósticos)

Se presentan los resultados del análisis de datos.

#### **1) Características de atención a la Desintoxicación (Etapa I)**

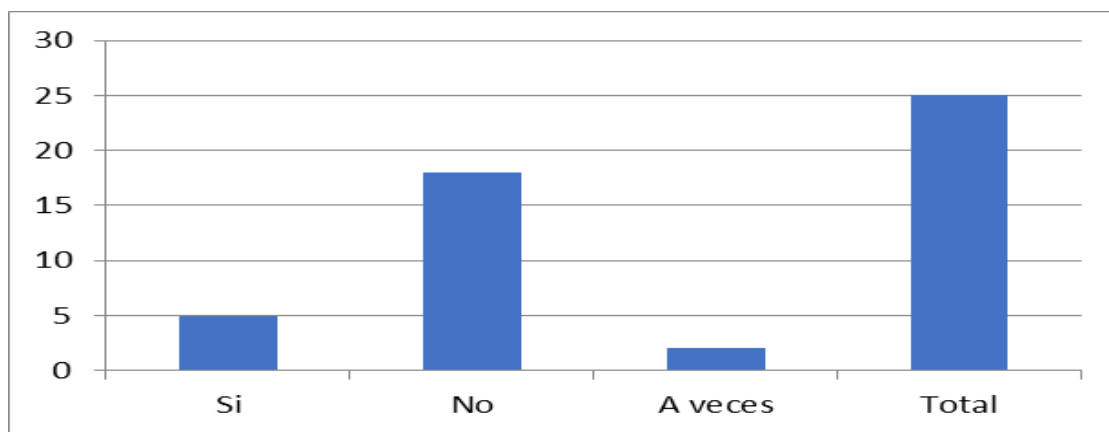
**Tabla No.1.** \_Realización de la Historia Clínica por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Historia Clínica	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	20.00%
No	18	72.00%
A veces	2	8.00%
Total	25	100.00%

Fuente: Datos recolectados en los centros de atención

### **Grafica No.1**

Realización de la Historia Clínica por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018



Fuente: Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio 72% no realiza Historia Clínica en los centros de atención, siendo indispensable obtener desde el inicio la información general del paciente y sobre todo datos clínicos para dar un mejor abordaje al paciente. De la información recolectada en la historia clínica dependerá el buen inicio de un proceso terapéutico para ofrecer un servicio apropiado y el éxito del mismo. Por tanto, el uso

de la historia clínica desde el ingreso del usuario (paciente alcohólico), se debe documentar lo que se solicita en la historia clínica, anotando toda la información que se requiere.

**Tabla No.2**

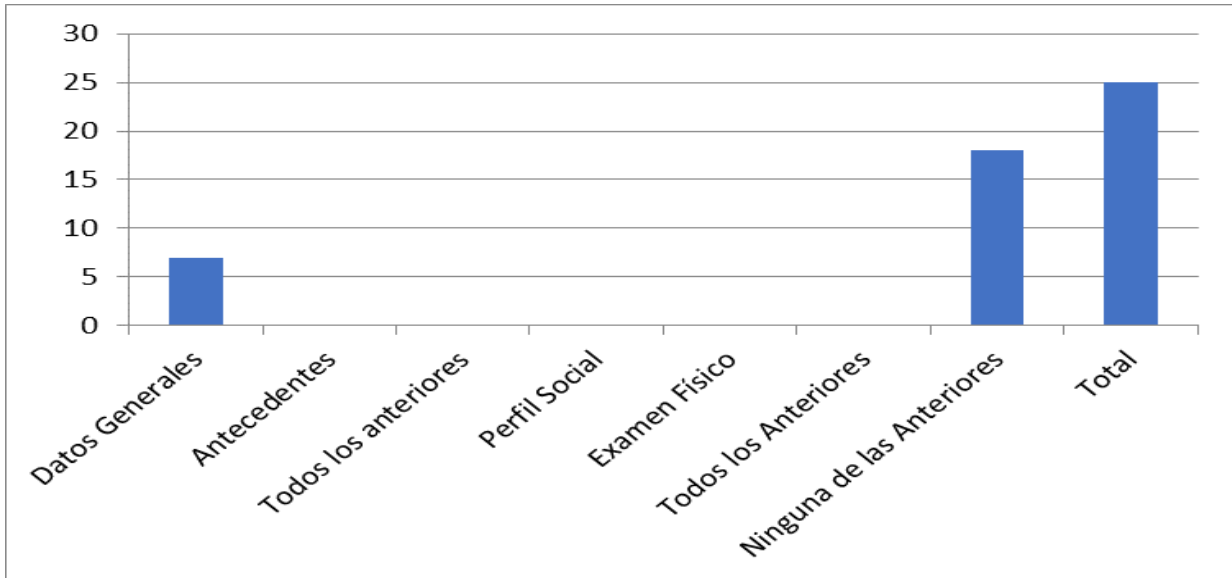
Información de la Historia Clínica consignada por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Información de la Historia Clínica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Datos Generales</b>	7	28.00%
<b>Antecedentes Todos los anteriores</b>	0	0%
<b>Perfil Social</b>	0	0%
<b>Examen Físico</b>	0	0%
<b>Todos los Anteriores</b>	0	0%
<b>Ninguna de las Anteriores</b>	18	72.00%
<b>Total</b>	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

**Grafica No.2**

Información de la Historia Clínica consignada por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018



**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del personal de servicio que llena Historia clínica consigna únicamente los Datos Generales (28%) en los centros de atención donde ingresan al paciente con problemas de alcoholismo crónico. En la historia clínica los datos generales son importantes porque 

Intra Venoso	Frecuencia	Porcentaje
--------------	------------	------------

 permiten conocer al paciente desde una perspectiva general, pero en la estructura de la historia clínica hay datos de suma importancia que se necesitan saber, pero se omiten en solicitarlos desde su ingreso a un centro de rehabilitación. De lo anterior se debe tomar en cuenta que en el examen físico se valorará el estado actual del paciente, los antecedentes permitirán regular y controlar alguna patología concomitante desde el ingreso.

### **Tabla No.3**

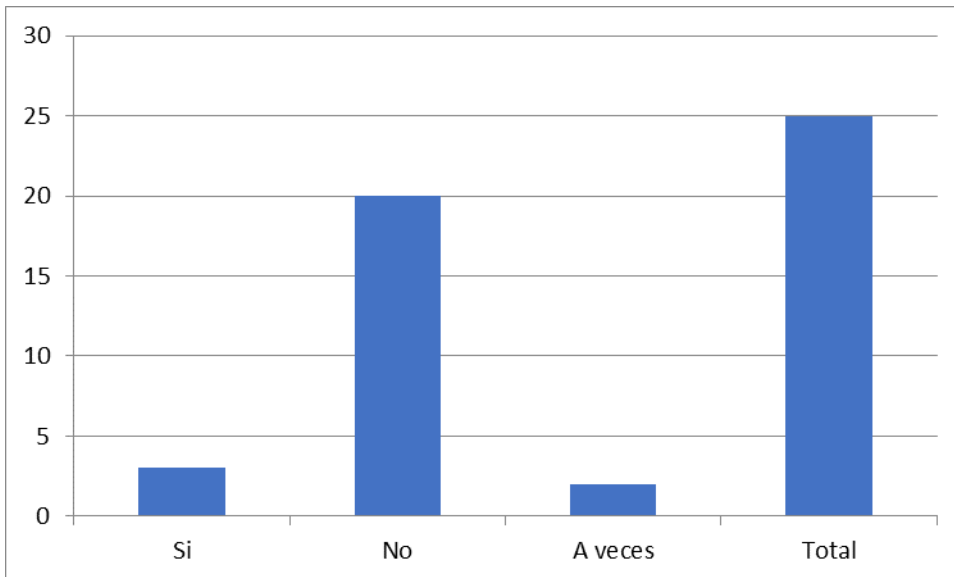
Utilización de Soluciones Intravenosas por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

<b>Si</b>	3	12.00%
<b>No</b>	20	80.00%
<b>A veces</b>	2	8.00%
<b>Total</b>	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

**Grafica No.3**

Utilización de Soluciones Intravenosas por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018



**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio (80%) en los centros de atención No utiliza Soluciones Intravenosas para la atención de los pacientes. En el inicio del tratamiento es fundamental el uso de las soluciones intravenosas ya que el paciente se encuentra deshidratado y con alteración de electrolitos. El paciente con intoxicación alcohólica necesita ser rehidratado como una intervención primaria en el tratamiento a nivel intravenoso para evitar alguna irregularidad hidroelectrolítica que comprometa su función metabólica y neurológica. El no usar soluciones intravenosas en los pacientes ingresados en un centro de rehabilitación permite que omitamos una acción terapéutica que compromete la integridad física del paciente alcohólico.

**Tabla No.4**

Tipos de Soluciones Intravenosas utilizadas por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

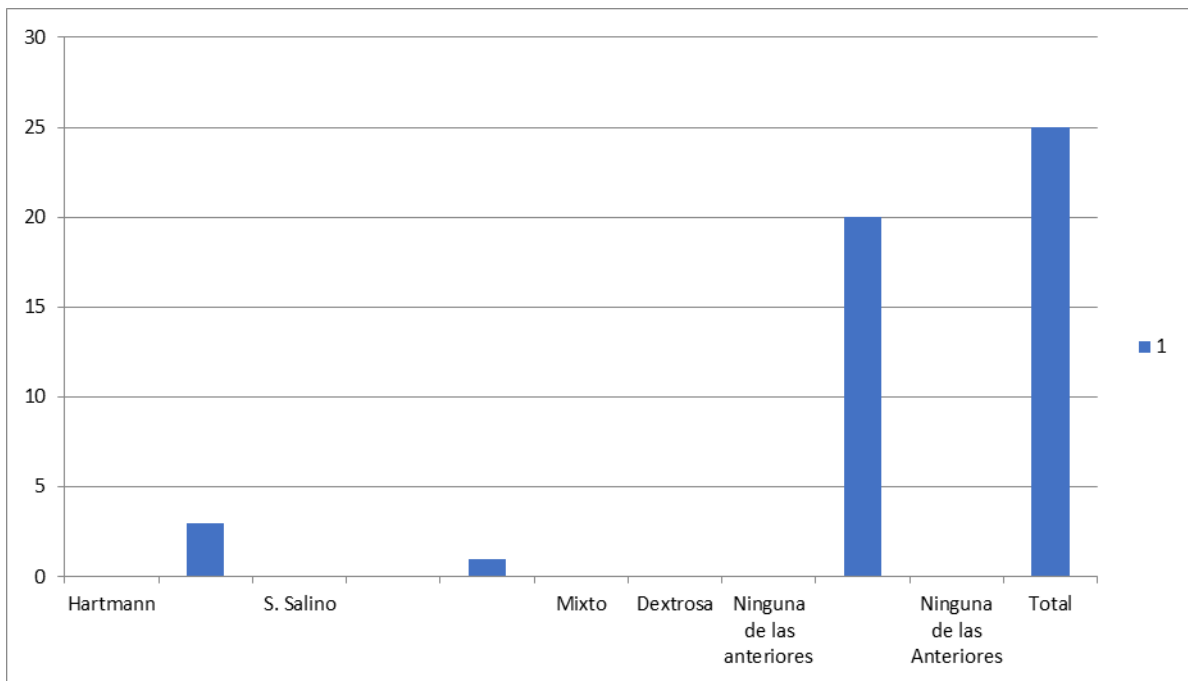
Soluciones Venosas	Intra	Frecuencia	Porcentaje
Hartmann		1	4.00%
S. Salino		3	12.00%
Mixto		1	4.00%
Dextrosa		0	0%
Ninguna de las anteriores		0	0%
		20	80.00%

Ninguna de las Anteriores		
<b>Total</b>	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

**Grafica No.4**

Tipos de Soluciones Intravenosas utilizadas por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018



**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

El Personal de servicio (12%) en los centros de atención utiliza Solución Salina para la atención de los pacientes, mientras que el (80%) no utiliza ningún tipo de solución Intravenosa. La solución salina tiene propiedades importantes que ayudan al paciente a rehidratarse de una forma adecuada. Esta solución se debe usar para garantizar al paciente una compensación al déficit hidroelectrolítico que presenta al momento del ingreso en un centro de rehabilitación. La solución salina es la más

usada y deberá administrarse a cada paciente ingresado según previa evaluación y criterio médico, sí aplica al paciente alcohólico.

**Tabla No.5**

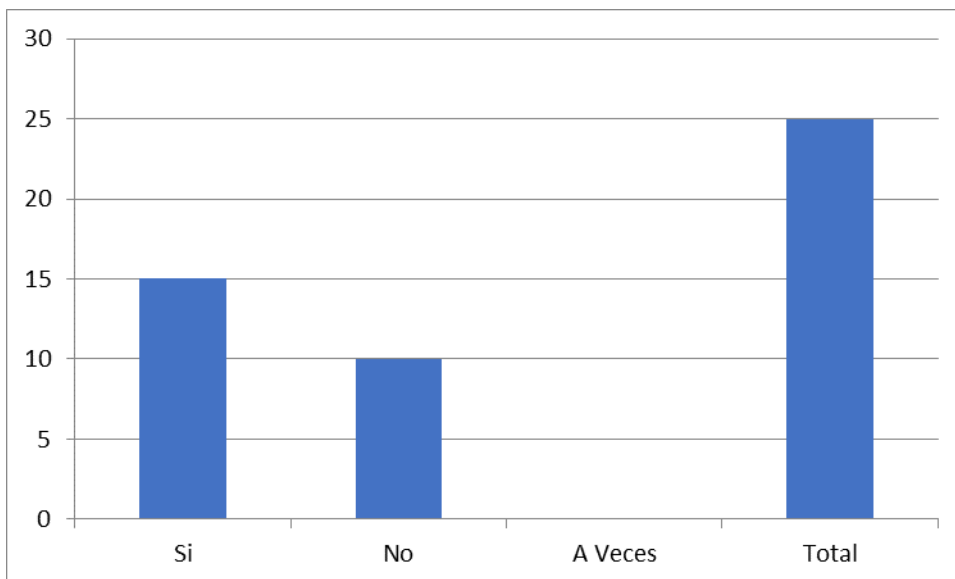
Utilización de Farmacoterapia por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Farmacoterapia utilizada con el Paciente	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	15	60.00%
<b>No</b>	10	40.00%
<b>A Veces</b>	0	0%
<b>Total</b>	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

**Grafica No.5**

Utilización de Farmacoterapia por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018





**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio (60%) en los centros de atención utiliza Farmacoterapia en los pacientes. El uso de fármacos es indispensable en la etapa de la abstinencia en un paciente alcohólico. Los fármacos deben ser usados con todos aquellos pacientes que presentan un grado de intoxicación alcohólica porque hay cambios de conducta, comportamiento y muchas veces se vuelven agresivos por el grado de alcoholemia que existe en el organismo. Por tanto, el uso de los fármacos es una herramienta indispensable desde el inicio del tratamiento al paciente alcohólico en un centro de rehabilitación.

**Tabla No.6**

Tipos de Fármacos utilizados por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Fármacos Utilizados con el Paciente	Frecuencia	Porcentaje
Ansiolíticos	14	56.00%
Antipsicóticos	6	24.00%
Antiespasmódicos	0	0%
Antieméticos	5	20.00%
Antidiarreicos	0	0%
Protector Gástrico	0	0%
Protector Hepático	0	0%

Vitaminas del Complejo B	0	0%
Todos los anteriores	0	0%
Ninguno de los Anteriores	0	0%
<b>Total</b>	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio (56%) en los centros de atención utiliza Ansiolíticos como Farmacoterapia en los pacientes.

## 2) Características de atención de la Estabilización (Etapa II)

### **Tabla No.7**

Utilización de Estudios Diagnósticos utilizados por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Estudios Diagnósticos realizados al paciente	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	16.00%
No	15	60.00%
A veces	6	24.00%
Total	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio (60%) en los centros de atención no realiza Estudios Diagnósticos en los pacientes.

### **Tabla No.8**

Tipos de estudios Diagnósticos utilizados por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Tipos de estudios Diagnósticos realizados al paciente	Frecuencia	Porcentaje
USG Abdominal Completo	4	16.00%
Placa de Rayos X de Abdomen	4	16.00%
TAC Abdominal	0	0%
Gastroscopia	0	0%
EKG	2	8.00%
Todas las anteriores	0	0%
Ninguna de las Anteriores	15	60.00%
Total	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio solicita realizar Ultrasonido Abdominal Completo (16%) y placa de Rayos X de abdomen (16%) en los centros de atención a los pacientes.

### **Tabla No.9**

Utilización de Laboratorios Clínicos por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Laboratorio Clínico	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	20.00%
No	18	72.00%
A veces	2	8.00%
Total	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio (72%) No Solicita laboratorios clínicos para sus pacientes en los centros de atención.

**Tabla No.10**

Tipos de Laboratorios Clínicos realizado al paciente por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Tipo de Laboratorio Clínico Realizado al Paciente	Frecuencia	Porcentaje
Hematología Completa	4	16.00%
Pruebas Hepáticas	0	0%
TGO TGP	0	0%
Pruebas Renales	0	0%
Creatinina y BUN	0	0%
Pruebas Pancreáticas	0	0%
Amilasa Lipasa	0	0%
Sodio	0	0%
Potasio	0	0%
Cloruro	0	0%
Amoniaco	3	12.00%
Heces	0	0%
Orina	0	0%
Todas las anteriores Correctas	0	0%
Ninguna de las Anteriores es Correctas	18	72.00%
Total	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio (16%) Solicita realizar Hematología completa para sus pacientes en los centros de atención.

**Tabla No.11**

Tratamiento con base al diagnóstico realizado al paciente por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Tratamiento en Base al Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	8.00%
No	20	80.00%
A veces	3	12.00%
Total	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio (80%) No realiza tratamiento en base al diagnóstico para sus pacientes en los centros de atención.

**Tabla No.12**

Diagnóstico realizado al paciente por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Diagnóstico del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Cirrosis Hepática	0	0%
Pancreatitis	0	0%
Hemorragia Gastrointestinal	0	0%
Encefalopatía amoniacal	5	20.00%
Delirium Tremens	18	72.00%
Constipación Intestinal	2	8.00%
Hiponatremia	0	0%

Hipopotasemia	0	0%
IAM	0	0%
Todas las anteriores son correctas	0	0%
Ninguna de las Anteriores	0	0%
Total	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio realiza Diagnostico de Delirium Tremens (72%) para sus pacientes en los centros de atención.

### 3) Características de atención de la Reintegración (Etapa III)

#### **Tabla No.13**

Abordaje Psicológico al paciente por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Abordaje Psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	20.00%
No	16	64.00%
A veces	4	16.00%
Total	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio no realiza Abordaje Psicológico (64%) para sus pacientes en los centros de atención.

#### **Tabla No.14**

Tipo de Abordaje Psicológico al paciente por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Tipo de Abordaje Psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Individual	5	20.00%
Colectivo	4	16.00%
Ocupacional	0	0
Familiar	0	0
Recreativo	0	0
Ambulatorio	0	0
Todos los anteriores	0	0
Ninguno de los Anteriores	16	64.00%
Total	25	100.00%

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio no realiza ningún tipo de Abordaje Psicológico (64%) para sus pacientes en los centros de atención.

**Tabla No.15**

Tipo de Abordaje Terapéutico al paciente por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Abordaje Terapéutico	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	12.00%
No	20	80.00%
A veces	2	8.00%

Total	25	100.00%
-------	----	---------

**Fuente:** Datos recolectados en los centros de atención

La Mayoría del Personal de servicio no realiza ningún tipo de Abordaje Terapéutico (80%) para sus pacientes en los centros de atención.

**Tabla No.16**

Tipo de Abordaje Terapéutico en base al diagnóstico al paciente por el personal de servicio en el lugar de atención, Guatemala 2018

Tipos de abordaje terapéutico en base al diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Evolución de Patología	2	8.00%
Monitoreo de Medicamento	2	8.00%
Control de estudios y Laboratorios	1	4.00%
Ninguna de las anteriores	20	80.00%
Total	25	100.00%

**Fuente:**  
Datos

recolectados en los centros de atención



La mayoría del personal de salud no realiza ningún tipo de abordaje terapéutico (80%). Cuando si se realiza, son la Evolución de patología y el monitoreo de medicamento los que más se utilizan (8% cada uno respectivamente)

#### **4.2 *Discusión de Resultados***

En la presente investigación se presenta resultados que permiten conocer no solo los daños graves que se pueden derivar de un consumo de alcohol crónico sino del abordaje apropiado que necesita un paciente para evitar una serie de complicaciones. Y esto guarda una relación intrínseca al no tener protocolos de atención para apoyar al paciente alcohólico. El alcohol provoca daños graves no solo a quienes beben en exceso, sino también a las personas que los rodean. Entre los daños a los demás se incluyen: síndrome de alcoholismo fetal, la violencia (interpersonal y doméstica), los traumatismos (incluidos los atribuibles a los accidentes de tránsito y laborales), el sufrimiento emocional y la inestabilidad económica. Las mujeres son las más afectadas por el consumo de alcohol de otras personas. (OMS, 2015).

De lo anterior es importante exponer que en la historia clínica desde el ingreso del paciente se debe tomar en cuenta todo este tipo de daños graves al paciente. Lo sorprendente es que el 72 % de pacientes ingresado en centros de rehabilitación no se toma una historia clínica y sí se realiza se limita a que se documente con un 25 % los datos generales y se descarta de obtener antecedentes e información sobre la condición actual del paciente.

De acuerdo con (Lichtenberger, Aldana; López Mariana 2015) se hizo un estudio donde se refiere que la dependencia del paciente con el alcohol tiene consecuencias, tanto agudas como crónicas, asociándose con más de 60 enfermedades físicas y mentales, así como con numerosos problemas sociales, que afectan a la familia y a su entorno. Y en el estudio que se realizó se documenta que muchas de estas enfermedades probablemente no se diagnostican desde el ingreso al paciente porque

un 60 % no se realiza laboratorios y exámenes diagnósticos, en relación a un 24 % que a veces se somete el paciente y solo un 16 % sí se realiza estudios de diagnósticos.

De acuerdo con Ochoa & Vicente N. (2009). El síndrome de Korsakoff y la encefalopatía de Wernicke se producen por deficiencia de tiamina en pacientes alcohólicos crónicos. La encefalopatía de Wernicke se caracteriza clínicamente por confusión de conciencia, parálisis oculomotoras, nistagmo vertical y ataxia. El tratamiento incluye el uso de tiamina intravenosa, soluciones intravenosas según previa evaluación desde el ingreso del paciente a un centro asistencial y esto ayudará al usuario para evitar la progresión de la enfermedad. De lo anterior se confirma la importancia de administrar desde el ingreso del paciente soluciones intravenosas acompañadas con tiamina que es una vitamina hidrosoluble importante que convierte los carbohidratos en energía para el cerebro y sistema nervioso. El resultado en los centros de rehabilitación que indican la administración de soluciones intravenosas solo un 12 % lo realizan desde el momento que se ingresa al paciente.

De acuerdo con, Dávila et al., (2008); Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, (2006); Núñez et al., (2016). En el segundo nivel de atención pueden utilizarse benzodiazepinas para inducir sedación, utilizarse con precaución y referir al nivel especializado. En la farmacoterapia que utiliza los centros de rehabilitación se confirma que el uso de los benzodiazepinas es la elección en el segundo nivel, aunque el uso de este tipo de ansiolíticos no se administra a todo paciente que ingresa al centro de rehabilitación. Solo un 56 % de los pacientes ingresados son sometidos a una farmacoterapia para inhibir su nivel de agresividad y de abstinencia, mientras que un 24 % utilizan antipsicóticos por el nivel de conducta que presenta el paciente en una condición de intoxicación alcohólica.

De acuerdo con Miller y Muñoz (2005) proponen un abordaje psicológico inicial: Iniciar con un periodo de abstinencia inicial de 1-2 semanas de duración. Esto permite verificar si se presenta dependencia física y psicológica en esta fase inicial. El tratamiento especializado de forma individual permite que algunas personas pueden decidir que prefieren mantenerse sin beber y que prefieren prolongar este periodo de forma indefinida. Esto confirma que el paciente desde su ingreso de forma

individual debe recibir su psicoterapia y así que inicie un proceso de rehabilitación, solo un 20 % recibe un tratamiento con un abordaje psicológico individual en los centros de rehabilitación, mientras que un 16 % a nivel colectivo y el mayor porcentaje que corresponde a un 64 % ningún abordaje terapéutico.

## Capítulo 5 Conclusiones y recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

Se presentan las conclusiones del estudio “**Características de los protocolos de atención por etapas al paciente alcohólico, por profesionales de la salud en Centros de Rehabilitación de la Ciudad Capital, Guatemala Centro América, año 2018**”, que se realizó en base al instrumento de recolección de datos a los profesionales de la salud de los centros de rehabilitación.

La presentación de las conclusiones se organiza y se presenta de acuerdo a las variables estudiadas 1) Características de atención a la Desintoxicación (Etapa I: Historia clínica, Elección de soluciones, Utilización de farmacoterapia) 2) Características de atención de la Estabilización (Etapa II: Estudios Diagnósticos, Laboratorios, Tratamiento en base a diagnóstico) 3) Características de atención de la Reintegración (Etapa III: Abordaje psicológico, Abordaje terapéutico con base a los diagnósticos)

#### **Conclusión General:**

Los objetivos están orientados a la descripción de la atención al paciente alcohólico por etapas. Se alcanzan los objetivos específicos que se plantean ya que se logra describir como es actualmente el protocolo de atención del paciente alcohólico. Actualmente no existen protocolos de atención al paciente alcohólico por etapas en los centros de atención.

- **Características de atención a la Desintoxicación (Etapa I)**, El 20% de los profesionales de la Salud realiza Historia clínica a con los pacientes que asisten al centro de rehabilitación, dentro de la misma lo que más se consigna son los datos generales (28%). Los profesionales de la salud emplean soluciones intravenosas en un 20% para el tratamiento del paciente alcohólico (Solución salina 12%).

- El 60% de los profesionales de la salud emplean farmacoterapia con los pacientes que acuden a los centros de rehabilitación, siendo los ansiolíticos los más utilizados en un 56%.
- **Características de atención de la Estabilización (Etapa II).** Los profesionales de la salud emplean Estudios diagnósticos (40%) como Ultrasonido de abdomen completo y la placa de abdomen simple (16% cada uno respectivamente).
- Los profesionales de la salud ejecutan Laboratorios clínicos en un 20%. La hematología completa es el laboratorio de elección (16%). El 80% de los profesionales en salud no realizan tratamiento en base a diagnóstico.
- El Delirium Tremens es el diagnóstico que se maneja en mayor porcentaje en los centros de rehabilitación (72%).
- **Características de atención de la Reintegración (Etapa III).** Los profesionales de Salud realizan (20%) abordaje psicológico Individual (20%) a los pacientes que acuden a los centros de rehabilitación.
- El 20 % de los profesionales de salud si realizan Abordaje terapéutico con base a diagnósticos siendo la evolución de patología y el monitoreo de medicamento los que se realizan en su mayoría (8% cada uno y respectivamente).

## 5.2 Recomendaciones

- **Características de atención a la Desintoxicación (Etapa I).** Al Ministerio de Salud Pública y a las autoridades de los centros de rehabilitación se recomienda: realización de la historia clínica completa, instrumento fundamental que documenta los datos generales, los antecedentes, el examen físico del paciente alcohólico entre otros, con el fin de brindar diagnóstico adecuado y seguimiento oportuno. Utilización de las soluciones intravenosas y la farmacoterapia necesaria para disminuir y anular los efectos del alcohol del organismo de los pacientes.
- **Características de atención de la Estabilización (Etapa II).** Al Ministerio de Salud Pública y a los centros de rehabilitación: se les recomienda la adquisición de instrumentos diagnósticos para poder brindar un tratamiento más específico en caso necesario, orientado a la situación individual de los pacientes.
- Se recomienda que los profesionales en salud, realicen estudios de laboratorio para valorar la condición actual del paciente. El delirium Tremens es una patología que se debe tomar en cuenta en cada paciente y manejarlo según la clínica y los estudios diagnósticos afines.
- **Características de atención de la Reintegración (Etapa III).** A los profesionales de la salud: hacer énfasis en el abordaje psicológico para dar sostén y mantenimiento al paciente con problemas de alcoholismo.
- No descuidar el ámbito terapéutico individual, con su respectivo monitoreo y control para una mejor evolución en la reintegración del paciente alcohólico a la sociedad.

## Capítulo 6

### Propuesta: Proyecto de intervención

#### 6.1 Análisis de participantes

##### 1. Análisis de participantes.

Los actores relevantes en la implementación del protocolo de atención al alcohólico son: El paciente con alcoholismo, La o El médico tratante del paciente alcohólico, el equipo paramédico multidisciplinario. Las necesidades de cada uno de los actores son individuales y en colectivo pues llevaran a la mejora en la atención del paciente

<b>Grupos</b>	<b>Intereses</b>	<b>Problemas Percibidos</b>	<b>Recursos y Mandatos</b>
Pacientes Alcohólicos tratados en los centros de rehabilitación.	Accesibilidad a los servicios de atención de alcohólico  Atención oportuna y adecuada para cada caso en particular, no importando la severidad de intoxicación alcohólica  Atención con medicamentos adecuados para cada caso en particular  Costos accesibles proporcionales a la capacidad de pago del paciente	Distancia de los servicios de atención de al paciente alcohólico  No se individualiza al paciente por tipo de caso	Política de atención al alcohólico  Ministerio de Salud Pública y asistencia Social

con alcoholismo en Guatemala.

<p>Pacientes Alcohólicos tratados en los centros de rehabilitación. (Parte II)</p>	<p>Instalaciones adecuadas y cómodas para la atención del paciente alcohólico</p> <p>Horarios de atención flexibles para la atención.</p> <p>Servicio de transporte para el paciente alcohólico en fase aguda o crónica</p>	<p>No existen medicamentos en algunos servicios y tampoco los conocimientos adecuados para utilizarlos cuando estos están a disposición</p> <p>Infraestructura inadecuada en los servicios de atención al paciente alcohólico</p> <p>No existen servicios de atención las 24 horas en atención.</p>	
--	---	---	--



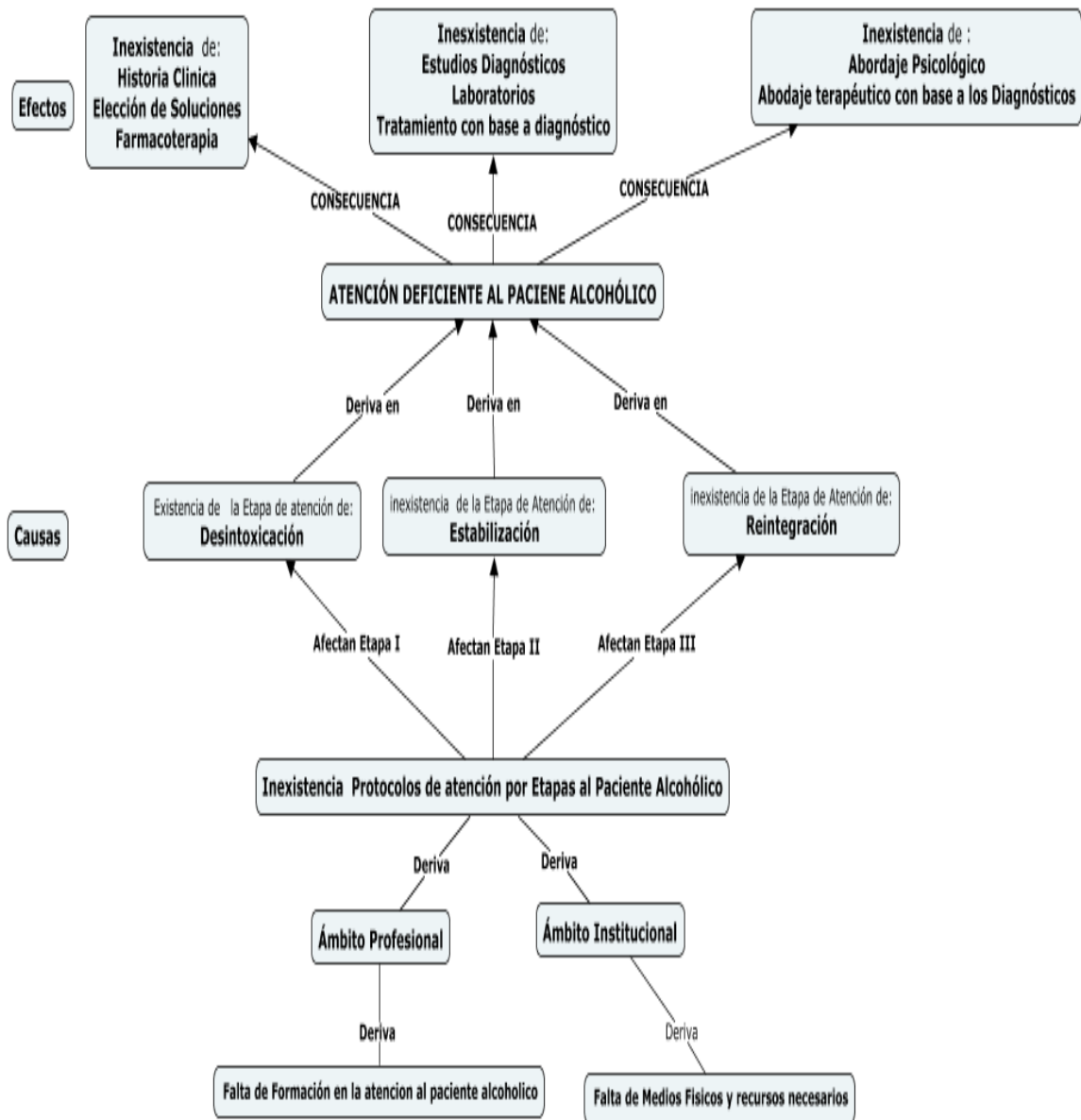
Médicos	Realización de una Historia Clínica adecuada	Falta de tiempo o interés para realizar una historia clínica adecuada	Política de atención al alcohólico
	Utilización de soluciones adecuadas para cada caso en particular del paciente alcohólico	No existencia de soluciones adecuadas para el tratamiento del paciente alcohólico	Ministerio de Salud Pública y asistencia Social
	Atención al paciente alcohólico con los fármacos, laboratorios e insumos necesarios en horarios adecuados	Falta de entrenamiento adecuado para la atención del paciente alcohólico exclusivamente	
		Inexistencia de infraestructura fármacos, laboratorios e insumos necesarios para la atención de pacientes alcohólicos en horarios de atención adecuados	

<p>Médicos Parte II</p>	<p>Aplicación de estudios diagnósticos con el paciente alcohólico</p>		
	<p>Detección precoz del paciente alcohólico</p>	<p>Inexistencia de equipo para la realización de estudios diagnósticos al paciente alcohólico</p>	
	<p>Prevención del ciclo del alcoholismo en el paciente tratado</p>	<p>Incapacidad de tamizaje para detección del paciente alcohólico</p>	
	<p>Seguimiento al paciente alcohólico</p>	<p>Incapacidad de dar seguimiento al paciente alcohólico</p>	
	<p>Tratamiento al paciente alcohólico en base a los diagnósticos</p>	<p>Incapacidad de diagnosticar y o tratar al paciente en base a diagnósticos</p>	
	<p>Iniciar proceso de desintoxicación</p>	<p>Centrarse solo en el problema agudo por el que consulta el paciente en el momento de la atención</p>	

<p>Equipo paramédico Multidisciplinario</p>	<p>Brindar al paciente la mejor atención integral posible en el periodo de intoxicación alcohólica</p> <p>Brindar al paciente el abordaje psicológico adecuado a su condición</p> <p>Cumplir con las ordenes medicas</p> <p>Monitorizar al paciente comunicando eventualidades al médico tratante</p>	<p>Infraestructura y recursos pobres</p> <p>Inexistencia de equipos de psicología en los centros de atención al paciente alcohólico</p> <p>Falta de atención integral al paciente en el periodo de intoxicación alcohólica</p> <p>Incapacidad de seguir instrucciones</p> <p>Falta de interés en monitorizar al paciente alcohólico</p> <p>Falta de entrenamiento adecuado para la atención del paciente alcohólico exclusivamente</p>	<p>Política de atención al alcohólico</p> <p>Ministerio de Salud Pública y asistencia Social</p>
---	---	--	--

## 6.2 Análisis de problemas

Los centros de rehabilitación en Guatemala, no poseen en su mayoría médicos especializados en la atención del paciente alcohólico, equipo paramédico instruido, e infraestructura adecuada a los requerimientos. No se cuenta con protocolos establecidos para la atención adecuada al enfermo alcohólico para utilizarlos de manera standard en las unidades de atención. Esto se engloba dentro de los ámbitos personales y profesionales.



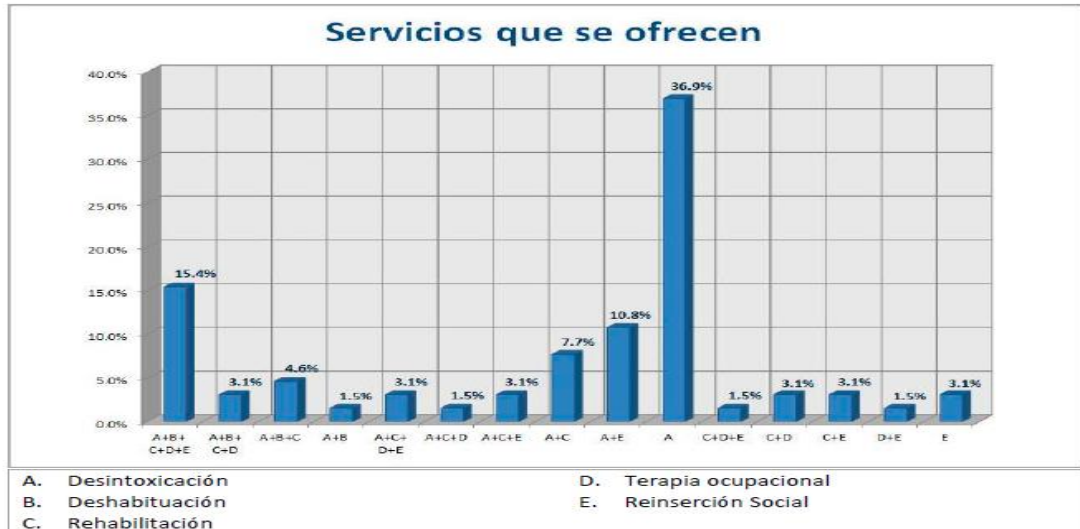
### **6.3 Análisis contextual y diagnóstico**

Existen aspectos específicos de la atención al paciente alcohólico que dificultan su atención dentro de los centros de rehabilitación. Desde la perspectiva del ámbito profesional e institucional hasta los aspectos que están relacionados con el enfoque del paciente, médico y personal paramédico encargado de la terapéutica a implementar con los pacientes alcohólicos. En Guatemala existen diversos centros de rehabilitación al paciente alcohólico, los cuales no poseen en su totalidad la infraestructura necesaria ni los insumos adecuados, a esto se suma personal médico y paramédico no instruido en la materia en cuanto a la atención del paciente alcohólico.

En Guatemala existen los **Centros de Atención Integral a Personas con Adicciones (CAIPAS)**, conformados como las instituciones de atención a los pacientes que requieren de atención inmediata y especializada. En estos centros de atención, se brinda desde tratamiento hasta seguimiento del paciente con adicciones, incluidas el alcoholismo. En los CAIPAS, también podemos encontrar dificultades relacionadas a la atención al paciente con algún problema de adicción, como el relacionado a la capacitación del equipo humano que labora en los mismos:

En relación al personal que labora en los CAIPA, solo en el 45% de éstos, se cuenta con profesionales universitarios de distinta índole y el 42% de CAIPA, cuenta con personal de carrera técnica sin especificar su especialidad. El 80% de los CAIPA tiene personal con escolaridad media', o sea que un paciente que consulta a un centro de rehabilitación (CAIPA) no importando la gravedad de la intoxicación, no será diagnosticado (15 %) de manera adecuada, lo que repercute en el tratamiento individualizado y la reinserción a la sociedad de manera positiva. (García y Hernández, MSPAS. DRACES 2013) Los servicios que prestan los CAIPAS se subdividen dependiendo del tipo de CAIPA, en donde se reconocen los siguientes:

## SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN UN CAIPA



Fuente: Diagnóstico del cumplimiento de normas mínimas de atención. diagnóstico del cumplimiento de normas mínimas de atención. García y Hernández, MSPAS. DRACES 2013

## MODELO DE TRATAMIENTO POR PORCENTAJE EN LOS CAIPAS

Modelo de Tratamiento	Porcentaje
Exclusivamente Teoterapia	40%
Teoterapia combinado con 12 pasos	31%
Exclusivamente 12 pasos	5%
Modelo biopsicosocial	20%
Exclusivamente desintoxicación	2%
Combinación de 12 pasos en adición a desintoxicación y modelo biopsicosocial	2%

Fuente: Diagnóstico del cumplimiento de normas mínimas de atención.  
Diagnóstico del cumplimiento de normas mínimas de atención. García y  
Hernández MSPAS. DRACES 2013.

En relación al "Modelo de Tratamiento" de los Centros de atención integral a personas con adicciones, es interesante notar que el 40% de los pacientes ingresados a un CAIPA, recibe exclusivamente Teoterapia, mientras que un 31% recibe Teoterapia con los 12 pasos. El 20% utiliza el "Modelo Biopsicosocial". El modelo de tratamiento que utiliza los 12 pasos representa al 5 %. En último lugar se utiliza como modelo de tratamiento exclusivamente la desintoxicación y la combinación de 12 pasos en adición a desintoxicación y modelo biopsicosocial con un 2% respectivamente.

El contar con estructuras físicas, personal de atención adecuado, medicamentos, soluciones estudios de laboratorio están íntimamente relacionados con el ámbito institucional y profesional, piedras angulares sobre la que se edifica la base del tratamiento al enfermo alcohólico.

### **Aspectos relacionados con el paciente alcohólico:**

La accesibilidad a los servicios de atención y rehabilitación al paciente alcohólico es un lujo que muy pocos pacientes con esta patología pueden darse, puesto que el Ministerio de Salud Pública y seguridad social no tiene contemplada dentro de los niveles de atención ningún tipo de servicio personalizado al enfermo alcohólico, y los servicios de este tipo son escasos y distantes, muchas veces fuera del área de vivienda o de estadía del paciente alcohólico.

Los horarios de atención a los pacientes con alcoholismo son horarios inespecíficos, puesto que muchos lugares poseen horario de ingreso al paciente alcohólico más no horario de atención al mismo. El paciente puede quedarse ingresado sin recibir

ningún tipo de tratamiento inicial con el cual se comience a revertir los efectos adversos de la intoxicación alcohólica

En el caso de los servicios existentes de atención al paciente alcohólico, la infraestructura que poseen los mismos no es adecuada para las necesidades de los pacientes, puesto que la mayoría son casas adecuadas en forma de clínicas y de cuartos de hospital inadecuados para la atención adecuada del paciente alcohólico. Estos centros que actualmente existen no cuentan con áreas recreativas ni espacios abiertos

Es necesario para el paciente alcohólico recibir atención personalizada por parte del equipo médico y paramédico, ya que los pacientes que acuden a los centros de rehabilitación no poseen un grado de intoxicación standard, cada uno de ellos posee características diferentes, físicas, psicológicas, de creencia y de espiritualidad, lo anterior sumado a que el paciente puede también estar padeciendo de alguna patología concomitante al momento de atención. Estos aspectos es necesario abordarlos de manera holística y de forma multidisciplinaria para poder abordar al paciente de una manera adecuada, brindándole tratamiento según su estado de alcoholismo tomando en cuenta el resto de factores antes mencionados.

### **Aspectos relacionados con el medico:**

El médico que atiende al paciente alcohólico generalmente no se toma el tiempo para realizar una historia clínica adecuada, la cual brinda datos de suma importancia para entender los antecedentes del paciente. La historia Clínica es tan importante que puede orientar hasta las causas que a orillan al paciente alcohólico a abusar de la bebida. El galeno generalmente opta por la atención rápida, no engorrosa y que le ahorre el realizar esfuerzos extras que no vayan encaminados en la atención y pronta recuperación del paciente alcohólico.



Las soluciones intravenosas constituyen una parte básica del protocolo de hidratación y tratamiento al paciente alcohólico. Soluciones como: Hartman, salinas mixtas y dextrosa conforman los líquidos de elección convencional e imprescindible en el tratamiento de atención del paciente alcohólico.

Es necesario contar con especialistas entrenados en la atención del paciente alcohólico. Entre más variado sea el equipo médico, mayor capacidad habrá de atender las necesidades que requiera cada paciente. Algunos galenos no poseen el entrenamiento adecuado para la detección, tratamiento y seguimiento del paciente alcohólico, puesto que no existen maestrías específicas para el tratamiento clínico y holístico del paciente alcohólico, como tampoco protocolos guatemaltecos de atención al mismo. La mayoría de los galenos que se dedican a la atención del paciente alcohólico aprenden el manejo de lo mismo con el paso del tiempo y en base a las experiencias previas con pacientes que poseen esta patología.

En la escuela de estudios de post grado de la USAC no existen postgrados dirigidos explícitamente para el tratamiento del alcoholismo. El paciente alcohólico es una persona que debe de ser abordada de forma holística tomando en cuenta todos los factores que deriven en el abuso del alcohol.

Muchas veces, cuando el paciente logra alcanzar los servicios de atención, y estos están corresponden a la capacidad económica familiar, ya que en la mayoría de las veces no es el alcohólico quien sufraga los gastos de su enfermedad, es atendido sin la farmacoterapia adecuada, o deficiente, la cual no se utiliza por escasas, desconocimiento o inexperiencia. Generalmente para la atención del paciente alcohólico se utilizan ansiolíticos, antipsicóticos, antiespasmódicos, antieméticos, antidiarreicos, protectores gástricos, protectores hepáticos, vitaminas del complejo B etc. Según la Clínica Universidad de Navarra en la Etapa de Desintoxicación; el paciente alcohólico que consulta a los centros de rehabilitación puede estar cursando con síndrome de abstinencia al cual requiere de un claro diagnóstico por parte del médico tratante sumado a él tratamiento farmacológico y de soluciones

intravenosas y alimentación basada en carbohidratos (Clínica Universidad de Navarra 2019).

Poco se cuenta dentro de estos centros de atención con la realización de los exámenes de laboratorio mismos como hematología completa, pruebas hepáticas, pruebas de función hepática etc. Lo anterior por falta de presupuesto generalmente en la que no se posee la capacidad económica para sufragar la colocación de un laboratorio de análisis clínico de muestras biológicas básicas para determinar el estado interno del paciente tratado.

El paciente alcohólico generalmente es objetivo de agresiones, golpes o maltratos físicos provocados o autoinfligidos por el estado de ebriedad que maneje el día que presenta la intoxicación alcohólica. El ejemplo clásico del traumatismo al paciente alcohólico es el trauma craneoencefálico que requiere de atención inmediata y de exámenes paraclínicos diagnósticos como la Resonancia Magnética que puede arrojar un diagnóstico que requiera de acción inmediata en un hospital de mayor complejidad con médicos especialistas adecuados para la atención de la emergencia. En la mayoría de los centros de rehabilitación no se cuenta ni siquiera con estudios básicos como Rayos X, los cuales deberían de ser tomados como las ayudas diagnósticas paraclínicas básicas en la atención del paciente alcohólico traumatizado. Es necesario aclarar que no todos los pacientes alcohólicos requieren de este tipo de métodos diagnósticos, pues muchos no se golpean ni sufren traumatismos.

La mayoría de los galenos que se dedican a la atención del paciente alcohólico, deberían de establecer líneas de seguimiento para que el paciente no recaiga en conductas que le obliguen o a orillen a tomar decisiones en las que el resultado sea el consumo abusivo de alcohol. Estos pacientes tampoco son atendidos por diagnósticos de patologías concomitantes, pues pareciese que el equipo médico se olvida de tratar al paciente de manera complementaria, queriendo resolver un único problema, el agudo, por el que el paciente consulta, el alcoholismo.

### **Aspectos relacionados al Equipo Paramédico:**

La enfermera Profesional y auxiliar son base primordial en la atención del paciente enfermo alcohólico, puesto que son la mano derecha en el abordaje muchas veces primario del paciente, pues constituyen el primer contacto con el personal de servicio dentro del centro de rehabilitación. Enfermería es la espina dorsal del tratamiento al paciente de cualquier tipo, no solamente el alcohólico. Muchas veces enfermería no posee el entrenamiento adecuado para lidiar con enfermos alcohólicos problemáticos, agresivos y muchas veces violentos. La administración de medicamentos, y el trato al o la paciente alcohólica se vuelve un tanto difícil al enfrentar las diferentes situaciones en las que se puede encontrar el paciente alcohólico.

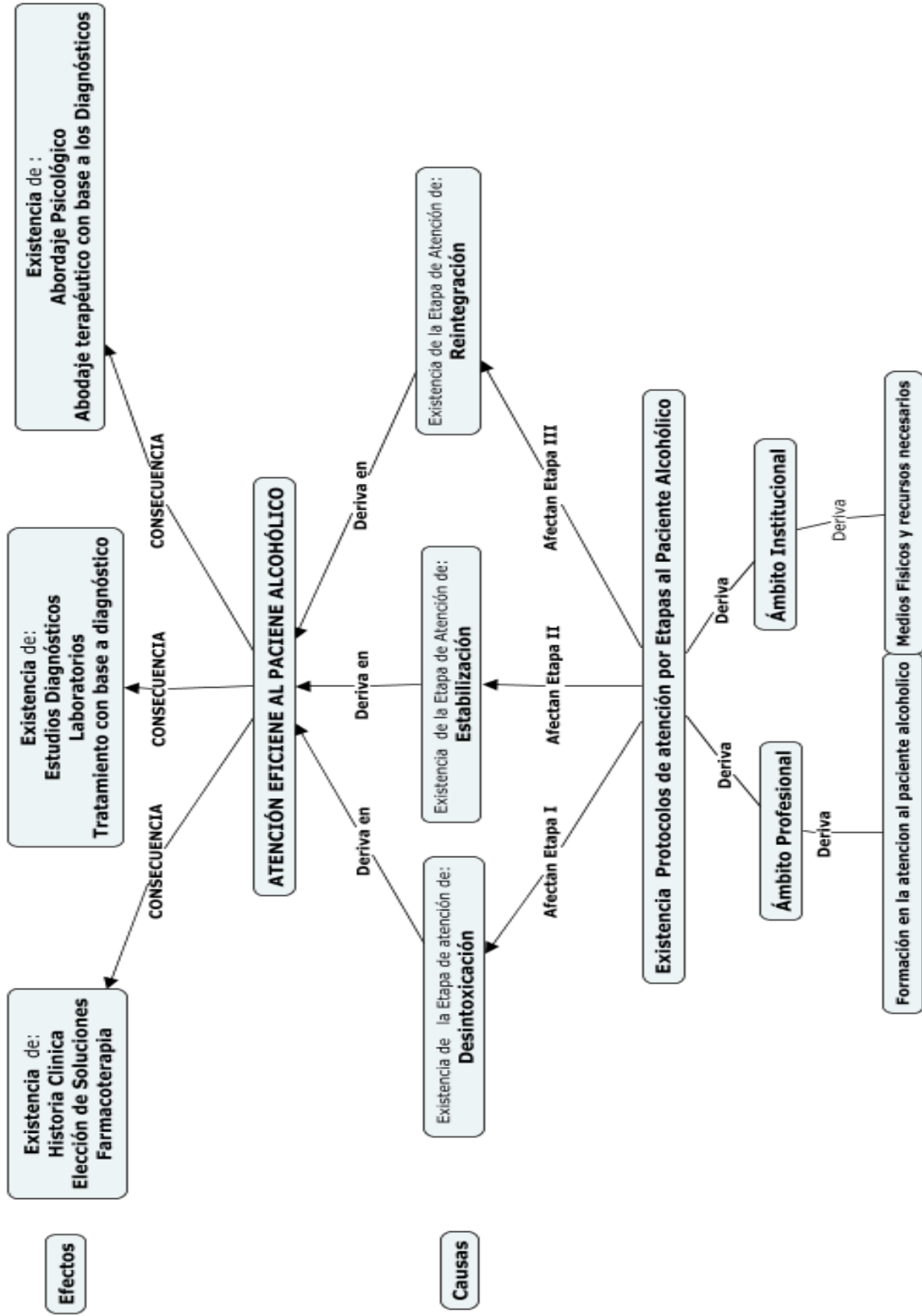
Para complementar el equipo multidisciplinario requerido para la atención del paciente alcohólico es necesario y de suma importancia contar con los profesionales encargados de la salud mental. El acompañamiento psicológico es pilar fundamental para la eliminación de los factores conductuales que predisponen al paciente alcohólico a las recaídas. El seguimiento es fundamental. Fisioterapia y terapia respiratoria son también parte de los profesionales necesarios en un centro de atención y rehabilitación del enfermo alcohólico.

El equipo paramédico debe de aprender a seguir instrucciones del médico tratante, interactuar entre sí, y saber abordar las diferentes problemáticas que presente el paciente en su tamizaje, tratamiento y seguimiento. La comunicación es básica en estos equipos.

#### **6.4 Análisis de objetivos**

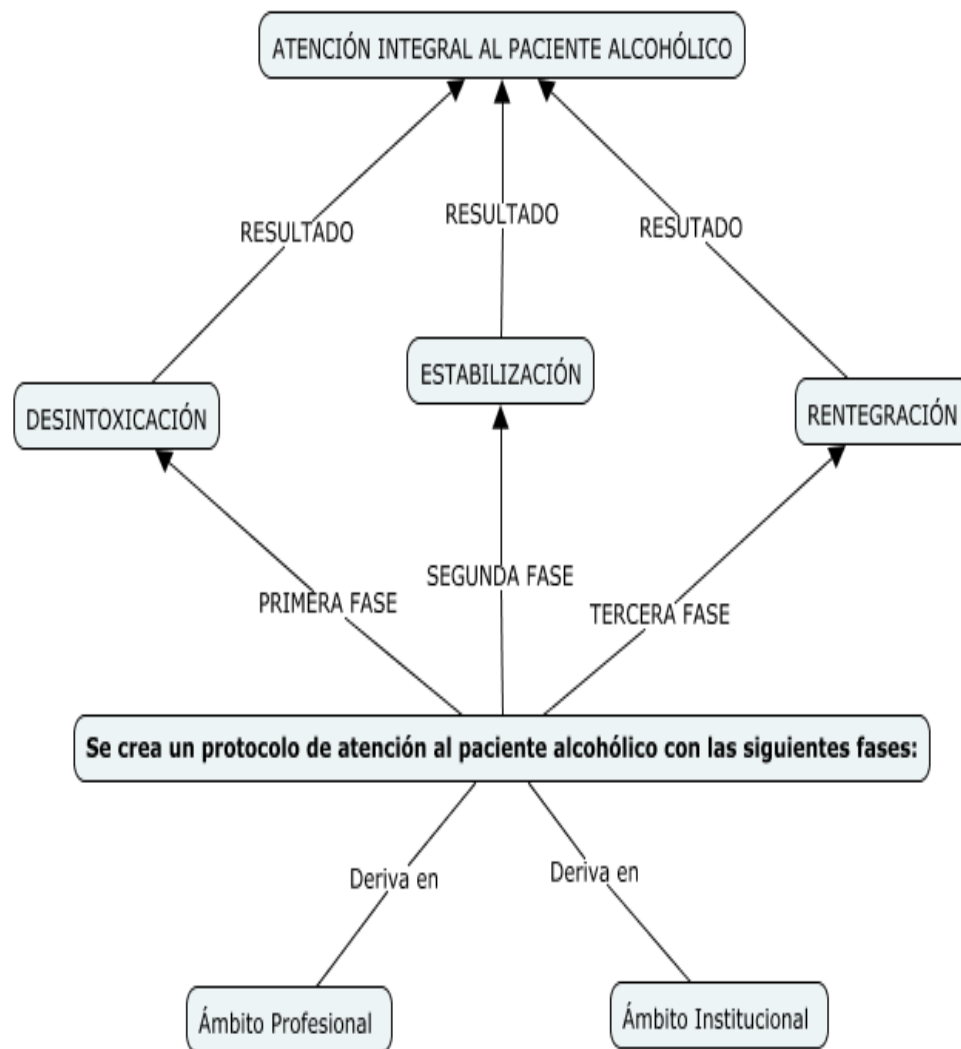
En un sistema de salud óptimo se cuenta con recursos derivados del ámbito profesional e institucional. Los mismos están orientados en el caso de la atención al paciente alcohólico a su diagnóstico, tratamiento y reinserción a la sociedad. Esos recursos derivan en poseer protocolos de atención al enfermo alcohólico, personal médico y paramédico capacitado en centros de rehabilitación, espacio físico y

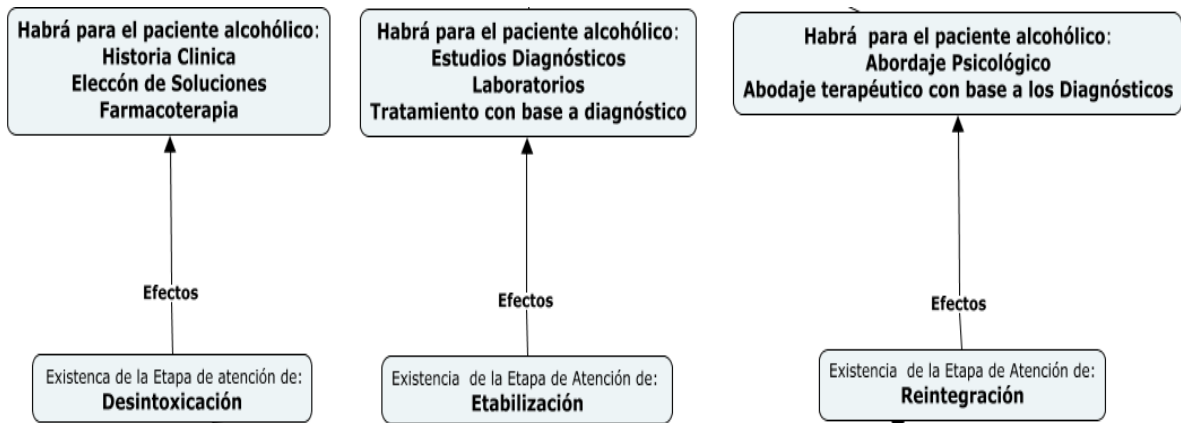
ayudas en áreas paraclínicas necesarias. Por lo que el proceso de rehabilitación del alcohólico se torna más efectivo y rápido. Se requiere que la voluntad política (perteneciente al ámbito institucional) y el deseo personal de aprendizaje por el equipo médico y paramédico existan en quienes se responsabilizan de la atención del paciente alcohólico.



### 6.5 Análisis de opciones

Se decidió realizar este proyecto derivado de la problemática nacional respecto a la atención del enfermo alcohólico, ya que se carece de protocolos actualizados para el diagnóstico, tratamiento y reinserción del enfermo alcohólico, el personal médico y paramédico generalmente presta sus servicios de forma empírica, sin poseer estudios previos que los acrediten con las competencias necesarias. Los centros de rehabilitación, inadecuados en infraestructura no poseen medios diagnósticos. El fin último de la propuesta, es la atención integral al paciente alcohólico por medio de la creación de protocolos por etapas.





Las opciones que a continuación se presentan, pueden si se implementan, promover el cambio de la situación actual en forma en la se atiende al paciente alcohólico en Guatemala

Opción 1 Ámbito Profesional	Opción 2 Ámbito Institucional
<b>Entrenamiento y formación académica del equipo médico y paramédico seleccionado, tratantes actuales de pacientes alcohólicos</b>	<b>Delegar la estructuración física y de insumos a la entidad rectora de la salud (MSPAS, SECCATID, COOPERACIÓN INTERNACIONAL)</b>
Equipo multidisciplinario a formar o con experiencia previa en la atención al paciente alcohólico en Guatemala, con la consiguiente creación de protocolos locales de atención al paciente alcohólico por etapas	El ente rector es el encargado de proveer los espacios físicos y los recursos necesarios para la atención del paciente

Existen factores que intervienen en que el proyecto se desarrolle de manera óptima o que pueda presentar inconvenientes. Por lo anterior se consideran los siguientes:

1. Recursos Materiales
2. Recursos Humanos
3. Tiempo de Realización
4. Riesgos
5. Probabilidades para el logro de los objetivos
6. Vinculación con los beneficiados

Factores	Opción 1 Ámbito Profesional	Opción 1 Ámbito Institucional
Recursos Materiales	Salón con capacidad para albergar a diferentes profesionales médicos y paramédicos seleccionados para formarse o con previa instrucción en el tratamiento del paciente alcohólico. Alimentación y bebidas. Pizarras, marcadores, hoja, lápices y lapiceros, computadoras cañoneras, memorias USB, impresoras, pantalla retráctil. Bibliografía pertinente en la instrucción a la atención del paciente alcohólico. Amplio parqueo y seguridad para los vehículos de los profesionales de la salud.	Instalaciones adecuadas (espacios físicos), insumos de atención al paciente. Equipo de diagnóstico. Laboratorios
Recursos Humanos	Equipo médico y paramédico	Profesionales



	nacional e internacional entrenado de manera adecuada en el campo de la atención al paciente enfermo alcohólico que imparta el entrenamiento adecuado a los que quieran aprender sobre la atención del paciente alcohólico	nacionales e internacionales. Trabajadores de SECCATID y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Tiempo de Realización	1 año	1 año
Riesgos	Falta de voluntad profesional, tanto de los que aprenden como los que enseñan	Falta de voluntad política Los tiempos de aprobación de proyectos y de realización de los mismos son bastante prolongados y burocráticos dentro de las instituciones del estado.
Probabilidades para el logro de Objetivos	Media	Media
Vinculación con los Beneficiados	Los beneficiados directos son los equipos de atención multidisciplinaria médico y paramédico y el enfermo alcohólico.	Los beneficiados directos son los equipos de atención multidisciplinaria médico y paramédico y el enfermo alcohólico.

### **6.6 Marco conceptual (características básicas del personal que interviene en la atención del protocolo en pacientes alcohólicos)**

En 1976 la Organización Mundial de la Salud definió el alcoholismo a través del síndrome de dependencia alcohólica: “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”. (Serecigni & Pastor, 2008)

En el Mundo, el alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15-49 años de edad, siendo este grupo etario el de mayor productividad económica. En Estados Unidos, durante el 2006, el consumo nocivo de alcohol le costó al país cerca de 224.000 millones de dólares, 72% debido a la pérdida de productividad en el lugar de trabajo. El consumo excesivo de alcohol tiene costos importantes a la sociedad, principalmente en pérdida de puestos de trabajo, consultas y gastos económicos de los servicios de salud y detenciones. Además de la carga de morbilidad relacionada con el alcohol, hay marcadas consecuencias sociales que surgen de su uso, como problemas y violencia en las relaciones familiares y personales, problemas laborales, económicos; maltrato y abandono de menores. (OMS, 2015; OPS, 2007)

Según la Organización Mundial de la Salud se reportan 3,3 millones de muertes (5.9% de todas las defunciones) en el mundo por el consumo abusivo y desproporcionado del alcohol. Existe suficiente evidencia que apunta que el alcohol es el causante de enfermedades mentales, físicas y discapacidad. (OMS, 2018) Por lo que se convierte en problema de salud pública prioritario. En el año 2010 la Organización Mundial de la Salud adoptó la estrategia Mundial para reducir el uso de alcohol, proponiendo sanciones para evitar el consumo y las consecuencias del mismo en las poblaciones, un esfuerzo de unión entre la ciencia y la salud (OMS,

2010).

Con respecto a lo anterior, en países como Guatemala, estas políticas y acciones no se ven reflejadas en el descenso al consumo de alcohol, puesto que cada día son más las personas que pasan a convertirse en bebedores activos y sin tratamiento por diversos motivos. Por lo anterior, los pacientes alcohólicos deben de ser tratados de manera holística, y esto se logra solamente con la creación de protocolos de atención por etapas donde se aborden los diferentes componentes básicos del paciente con problemas de adicción al alcohol.

Para que estos protocolos de atención al paciente alcohólico por fases se lleven a la práctica se debe de contar con 2 ámbitos esenciales:

- Ámbito Profesional
- Ámbito Institucional

En el ámbito profesional se requiere de un equipo multidisciplinario entrenado específicamente para el tratamiento del paciente alcohólico, que cuente con amplia experiencia y habilidades adquiridas a fin de que se cree el protocolo de atención pacientes alcohólicos. Es necesario contar con:

- Médicos
- Enfermeras
- Psicólogos

Es necesario contar con especialistas entrenados en la atención del paciente alcohólico. Entre más variado sea el equipo médico, mayor capacidad habrá de atender las necesidades que requiera cada paciente. Algunos galenos no poseen el entrenamiento adecuado para la detección, tratamiento y seguimiento del paciente alcohólico, puesto que no existen maestrías para el tratamiento clínico y holístico del paciente alcohólico, como tampoco protocolos guatemaltecos de atención al mismo. La mayoría de los médicos que se dedican a la atención del paciente alcohólico aprenden el manejo de lo mismo con el paso del tiempo y en base a las experiencias previas con pacientes que poseen esta patología de forma empírica. En la escuela de estudios de post grado de la USAC no existen maestrías dirigidas explícitamente

para el tratamiento de esta patología. El paciente alcohólico es una persona que debe de ser abordada de forma holística tomando en cuenta todos los factores que deriven en el abuso del alcohol.

Lo más básico para el diagnóstico de alcoholismo incluye la elaboración de una correcta anamnesis y exploración física por parte de un médico experto en la atención del paciente con esta patología. El médico valorará el consumo alcohólico y sus repercusiones (trastornos conductuales, repercusiones familiares, sociales y legales). En la exploración física se buscarán alteraciones somáticas y signos clínicos que evidencien las consecuencias del consumo etílico (Insomnio, Náuseas o vómitos, Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad, convulsiones tipo gran mal (crisis epilépticas), pérdida de la conciencia). Los cuestionarios de detección y cuestionarios son eficaces en el diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso del alcohol. Siempre deben emplearse en el transcurso de una entrevista estructurada, no sustituyen a la entrevista clínica. Pueden utilizarse para: la detección de casos, identificando a los sujetos que cumplen criterios diagnósticos de abuso o dependencia al alcohol y requieren una evaluación adicional para definir el diagnóstico final; diagnóstico, Cuantificando la presencia y gravedad de los síntomas; evaluación de la gravedad e intensidad de la dependencia, evaluación del craving; evaluación de la motivación. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2006; Ochoa & Vicente, 2009).

Al realizar la, se recomienda actitud empática, ambiente de confianza y efectuar las preguntas sobre el consumo de alcohol. Al establecer el diálogo, este se centrará en el interés por la situación personal del usuario y las circunstancias personales y sociales en las que se encontraba antes de acudir a la consulta a la vez que se exploran sus hábitos de vida (incluido el consumo de otras sustancias). Cuando el motivo de consulta está relacionado con dificultades asociadas al consumo de alcohol, se puede realizar una entrevista más directa. Algunas de las complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol, pueden requerir atención y tratamiento urgente. La exploración general sirve para identificar daños orgánicos asociados al

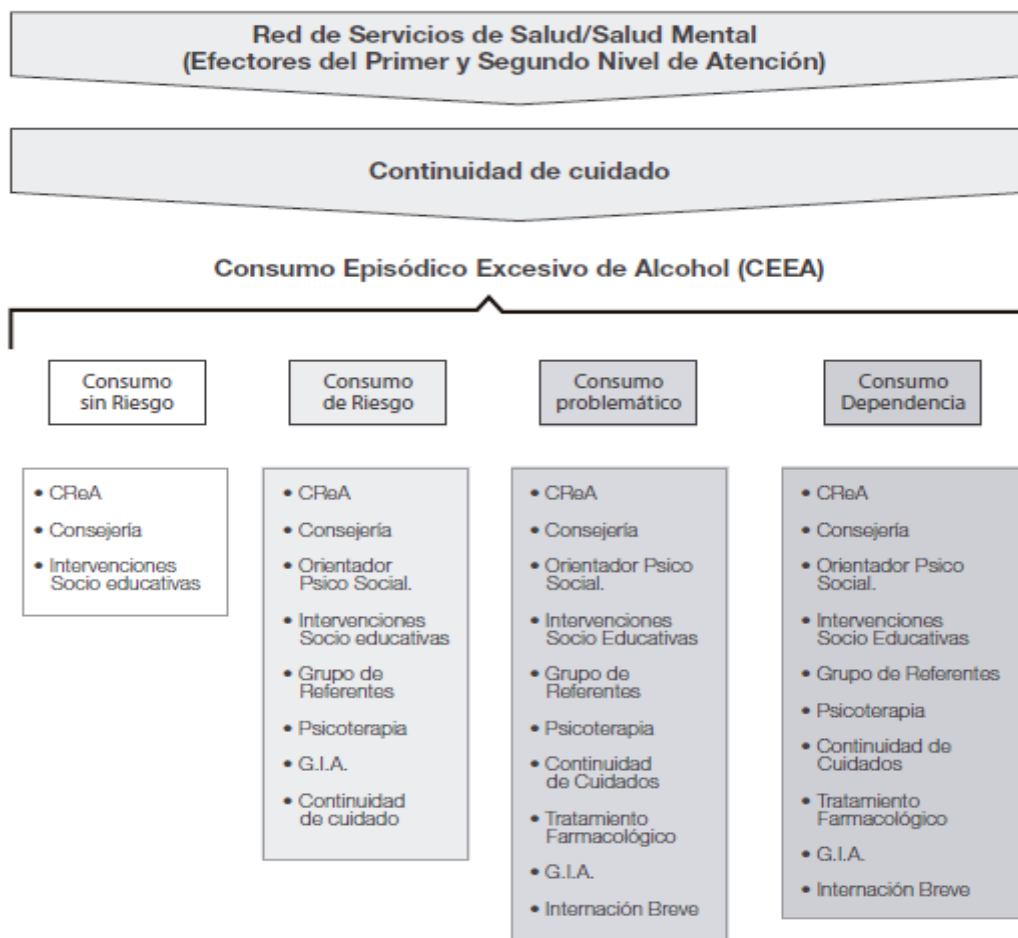
consumo de alcohol y complicaciones, que pueden ser agudas o crónicas. (Gobierno del Principado de Asturias, 2013)

No todos los pacientes que consumen alcohol sufren síndrome de abstinencia, pero si constituyen la población en riesgo de padecerlo. En general el paciente que presenta un síndrome de abstinencia menor no presenta estado de deshidratación por lo que el tratamiento ambulatorio y por vía oral es el más recomendado. Durante las crisis del síndrome de dependencia, la mayoría de intervenciones son médicas y orientadas a mantener el soporte vital y evitar las complicaciones, las principales acciones son: Procurar la sedación adecuada y la prevención de complicaciones, monitoreo de signos vitales y corrección hidroelectrolítica, asegurar la vía aérea, realizar lavado gástrico en los casos pertinentes. En casos graves que requieran tratamiento intrahospitalario con uso de soluciones intravenosas para rehidratación y reposición de electrolitos, debe administrarse tiamina 100 mg al día, ácido fólico 1 mg al día (La infusión de tiamina es prioritaria durante la administración de glucosa, ya que esta necesita tiamina para su metabolismo, pudiendo agotarse las reservas de esta vitamina en el paciente alcohólico). En el segundo nivel de atención pueden utilizarse benzodiacepinas para inducir sedación, utilizarse con precaución y referir al nivel especializado. (Davila et al., 2008; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2006; Núñez et al., 2016)

En algunos casos, las opciones terapéuticas y sus criterios tanto de inclusión y exclusión como de ejecución no se encuentran nítidamente definidos. En estos casos lo que realmente es importante es definir el objetivo principal en función de las demandas, necesidades, características y repercusiones del consumo, así como los medios que se disponen para conseguirlo. La concepción del tratamiento del trastorno adictivo como un proceso, con fases de recaída y abstinencia, parece más adecuado situar el estado de la cuestión en elegir aquella opción terapéutica que mejor se adapte a las necesidades del paciente concreto y en su situación actual. Se engloba ampliamente en el concepto de necesidades no sólo las inmediatas, sino también las de medio y largo plazo, dentro de la perspectiva más longitudinal del alcoholismo. (Ochoa & Vicente, 2009)

Todo lo anterior nos exige que la atención al paciente alcohólico debe de estar por un equipo médico especialista responsable de la atención del paciente alcohólico

En el documento elaborado por las autoridades argentinas de salud: Pautas y herramientas para la atención integral (Ministerio de salud y Desarrollo Social 2018) se establece un algoritmo de atención al paciente alcohólico en donde realmente se toma en cuenta la atención del paciente alcohólico de forma multidisciplinaria. Por lo anterior se resalta la importancia de la atención al paciente alcohólico por medio del equipo médico y paramédico para su recuperación holística. La atención por la Red de servicios de Salud/ Salud Mental en los primeros dos niveles de atención, involucran consejería, orientadores Psicosociales, Psicoterapia.



La enfermera Profesional y la enfermera auxiliar son base primordial acorde a las directrices para la atención del paciente enfermo alcohólico en Guatemala, puesto que son la mano derecha en el abordaje muchas veces primario del paciente, ya constituyen el primer contacto con el personal de servicio dentro del centro de rehabilitación. Enfermería es la espina dorsal del tratamiento al paciente de cualquier tipo, no solamente el alcohólico. Muchas veces enfermería no posee el entrenamiento adecuado para lidiar con enfermos alcohólicos problemáticos, agresivos y muchas veces violentos. La administración de medicamentos, y el trato al o la paciente alcohólica se vuelve un tanto difícil al enfrentar las diferentes situaciones en las que se puede encontrar el paciente alcohólico.

Para complementar el equipo multidisciplinario requerido para la atención del paciente alcohólico es necesario y de suma importancia contar con los profesionales encargados de la salud mental. El acompañamiento psicológico es pilar fundamental para la eliminación de los factores conductuales que predisponen al paciente alcohólico a las recaídas. El seguimiento es fundamental. Fisioterapia y terapia respiratoria son también parte de los profesionales necesarios en un centro de atención y rehabilitación del enfermo alcohólico.

### **6.7 Matriz del proyecto (marco lógico)**

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
<b>FIN: Dar un servicio integral al paciente alcoholizado.</b>	Existencia de un protocolo Protocolos establecidos	Protocolos publicados  Intereses	Los médicos no aplican los protocolos diseñados

	El uso de protocolos	Instituciones	
<b>Propósito</b> <b>Aplicación de un protocolo validado por expertos profesionales para la estabilización del paciente con problemas de alcoholismo</b>	La atención eficiente y holística al paciente alcohólico La disminución de la prevalencia de los pacientes alcohólicos La prevención de la incidencia de alcoholismo en los pacientes	Encuestas a la familia y al paciente para retroalimentación del programa de atención al paciente alcohólico Tasas y porcentajes de morbimortalidad en el paciente alcohólico	Subregistro de las actividades de atención al paciente alcohólico
<b>Componentes</b> <b>Etapas de:</b> 1. <b>Diseñar un protocolo de estabilización</b> 2. <b>Capacitar a un grupo de profesionales (médicos y enfermeros)</b> 3. <b>Aplicación del protocolo en instituciones</b>	<b>Diseñar un protocolo de estabilización:</b> El equipo multidisciplinario se reúne para crear un protocolo por fases incluyendo: 1. Fase de desintoxicación 2. Fase de	Calendarización de entrega de productos por fases del equipo multidisciplinario Acreditaciones, títulos universitarios, diplomados, exámenes de comprobación	Falta de voluntad por parte de los profesionales y las instituciones a formar un equipo multidisciplinario experto en el tratamiento del paciente alcohólico



	<p>estabilización</p> <p>3. Fase de reintegración</p> <p>Estudios de especialización teórico practico al equipo multidisciplinario: médicos especialistas, Psicólogos, Psiquiatras, trabajadora social</p> <p>Creación de programas interactivos de simulacros de atención al paciente alcohólico donde se adquieran competencias teórico practicas necesarias</p>	<p>de conocimientos, examen de comprobación e competencias</p> <p>El protocolo de atención se somete ya terminado, a las revisiones pertinentes y las autoridades correspondientes</p>	<p>Falta de Voluntad política, profesional e institucional para la asignación de cursos, maestrías, diplomados, especializaciones sobre el tratamiento al paciente alcohólico.</p>
<b>Actividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de</b>	<b>Supuestos</b>

	<b>Verificables Objetivamente (IVO)</b>	<b>Verificación</b>	
<b>1. Diseñar un protocolo de estabilización</b>	Calendarización rigurosa para actividad donde no excedan más de los 15 días por cada una, con puntos a exigir a los participantes para la creación del protocolo.	Hojas de cotejo de actividades versus tiempo estipulado.	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo
1.1 Se Diseñará creación del protocolo por fases de atención al paciente alcohólico	Crear un cronograma riguroso para las actividades donde no excedan más de los 45 días por cada uno, de los puntos a exigir de los participantes para la creación del protocolo.	Verificar con hojas de cotejo de actividades versus tiempo estipulado.	Poco interés de los profesionales en la elaboración de la creación del protocolo.
1.2 Se presentará ante las autoridades correspondientes el proyecto de creación del protocolo paciente	Fijar fecha rigurosa para actividad donde no excedan más de los 15 días por cada una, con puntos a exigir a	Revisar en las hojas de cotejo versus el tiempo sugerido.	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la

alcohólica.	los participantes para la creación del protocolo.		colaboración en la creación del protocolo
1.3 Se concertará reunión con equipo multidisciplinario para presentación de proyecto de creación del protocolo de atención al paciente alcohólico.	Presentación del proyecto y tomar el tiempo que no excedan más de los 15 días.	Hojas de cotejo de actividades versus tiempo estipulado y analizar el contenido del mismo	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario e instituciones a fines.
1.4 Se realizará actividades de consenso de la atención al paciente alcohólico.	Convocar a una reunión rigurosa para actividad donde no excedan más de los 15 días por cada una, con p	Listado de asistencia de los convocados y cotejar las hojas de actividades.	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.
1.5 Se buscará la documentación de bibliografías científicas recientes (guías de práctica clínica, ensayos, meta análisis,	Recopilar la documentación de toda una serie desde ensayos, metaanálisis y revisiones para la creación del protocolo.	Evaluar todas las revisiones de una forma sistemática para descartar aquello que no contribuya a la actividad	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en

revisiones sistemáticas) respecto al tratamiento del paciente alcohólico.		establecida.	la creación del protocolo.
1.6 Se documentará los casos atendidos por los profesionales de la salud que refuercen los estudios recopilados de la literatura	Registrar los casos más interesantes que permitan identificar el expertiz en las adicciones con base al marco teórico de la literatura recopiladas.	Revisar caso por caso y valorar si verdaderamente son de importancia de estudio en las adicciones.	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.
1.7 Se grabará material científico recopilado	Crear un guion y bosquejo para escribir congruentemente el material científico recopilado.	Evaluar el material en un estudio de grabación profesional y seleccionar el material científico recopilado.	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.
1.8 Se solicitará del apoyo científico a las autoridades locales de	Hacer una carta de solicitud a las autoridades	Establecer fecha limite para saber la respuesta de	Falta de voluntad del profesional

salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia social).	locales, exponiendo un apoyo dentro del contexto científico.	la solicitud. /mínimo un mes.	multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.
1.9 Se solicitará del apoyo científico a las autoridades internacionales rectoras de la Salud (Organización Mundial de la Salud OMS, Organización Panamericana de la salud).	Seleccionar a profesionales en el área de las adicciones; científicos especialistas en el manejo del material científico	Revisar la hoja de vida de cada científico y medir el aporte de los especialistas por medio de artículos, reflexiones, etc.	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo
1.10 Se buscará del apoyo a los expertos internacionales (OPS, OMS)	Seleccionar a profesionales en el área de las adicciones; científicos especialistas en el manejo del material científico	Revisar la hoja de vida de cada científico y medir el aporte de los especialistas por medio de artículos, reflexiones y escritos en	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.

		revistas.	
1.11 Se solicitará apoyo a científico y autoridades internacionales rectoras de la Salud (Organización Mundial de la Salud OMS, Organización Panamericana de la Salud)	Seleccionar a profesionales en el área de las adicciones; científicos especialistas en el manejo del material científico.	Revisar la hoja de vida de cada científico y medir el aporte de los especialistas por medio de artículos, reflexiones y escritos en revistas.	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.
1.12 Se solicitará apoyo a expertos internacionales (OPS, OMS)	Seleccionar a profesionales en el área de las adicciones; científicos especialistas en el manejo del material científico	Revisar la hoja de vida de cada científico y medir el aporte de los especialistas por medio de artículos, reflexiones y escritos en revistas.	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.
1.13 Se hará actividades de reconocimiento de la importancia de las fases de atención al paciente alcohólico	Calendarización rigurosa para actividad donde no excedan más de los 15 días por	Hojas de cotejo de actividades versus tiempo estipulado	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las

	cada una, con puntos a exigir a los participantes para la creación del protocolo.		instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.
1.14 Se editará el protocolo de atención al paciente alcohólico	La edición debe ser bien completa y específica, de tal manera se seleccionará aquella que cumpla con lo requerido.	Hojas de cotejo de actividades versus tiempo estipulado	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.
1.15 Se imprimirá el protocolo de atención al paciente alcohólico	Buscar un lugar donde tenga todo el equipo necesario para la impresión del protocolo.	Verificar la calidad del producto final desde el material, la organización, coloración etc.	Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.

<p>1.16 Se distribuirá material creado del protocolo de atención</p>	<p>Buscar a organizaciones a fines que promuevan la promoción de las terapias adictivas e instituciones del estado y organizaciones privadas que distribuyan el material.</p>	<p>Verificar que organizaciones e instituciones en verdad realizan trabajo de prevención para distribuir el material creado.</p>	<p>Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.</p>
<p>1.17 Se promocionará protocolo a nivel nacional por medios de medios masivos de comunicación. /radio y televisión.</p>	<p>. Hacer un listado de emisoras y canales de TV de mayor cobertura que tengan programas culturales y educativos para promover el protocolo de atención.</p>	<p>Comprobar que emisoras están al aire y canales de televisión que tengan programas educativos para valorar si en verdad habrá apoyo.</p>	<p>Falta de voluntad del profesional multidisciplinario y las instituciones para la colaboración en la creación del protocolo.</p>
<p><b>2. Capacitar a un grupo de profesionales (médicos y enfermeros)</b></p>	<p>Creación por medio de las Universidades del país post grados para la atención del paciente</p>	<p>Listado de nuevos centros, mobiliario y especialistas dedicados a la atención del</p>	<p>Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir</p>



	alcohólico	paciente alcohólico	entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico
2.1 Se proporcionará programas nacionales e internacionales en formación de especialistas en la atención al paciente alcohólico	Oferta de post grados por parte de los hospitales nacionales e internacionales para la atención del paciente alcohólico	Se evaluará la participación a través de indicadores que demuestren la asistencia de los profesionales.	Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico
2.2 Se creará un pensum de estudios por la Universidad rectora de la educación en el país (USAC).	Cabildeo nacional e internacional para iniciar el pensum de estudios a nivel universitario.	Listado de cursos que deben ser aprobados para que formen parte del pensum.	Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico.

<p>2.3 Se hará una validación nacional e internacional del pensum de atención al paciente con problemas de adicción al alcohol.</p>	<p>Cabildeo nacional e internacional por autoridades y especialistas que sean expertos en el área de adicciones.</p>	<p>Comprobar el expertiz y los conocimientos para la validación del pensum de atención al paciente alcohólico.</p>	<p>Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico.</p>
<p>2.4 Se convocará a los aspirantes profesionales por medio de vías de difusión electrónicas y físicas</p>	<p>Revisar el curriculum de los aspirantes que tengan: cursos, diplomados, técnicos,</p>	<p>Cada aspirante tendrá que llenar el perfil según un formulario que debe de llenar, solicitándolo al momento de la convocatoria.</p>	<p>Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente.</p>
<p>2.5 Se seleccionará el reclutamiento del personal por medio de estándares.</p>	<p>Revisar el curriculum de los aspirantes que tengan: cursos, diplomados, técnicos,</p>	<p>Cada aspirante tendrá que llenar el perfil según un formulario que debe de llenar, solicitándolo al</p>	<p>Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento</p>

		momento de la convocatoria.	sobre la atención al paciente alcohólico.
2.6 Se Realizará exámenes psicológicos y de competencias al personal aspirante.	Seleccionar los Test psicológicos para el personal aspirante.	Valorar la calificación de los Test del personal aspirante.	Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico.
2.7 Se alquilará los espacios físicos para las practicas exclusivas del profesional aprobado.	Ubicar lugares que tengan las instalaciones adecuadas y exclusivas para las practicas del profesional aprobado.	Verificar los ambientes, espacios y las necesidades básicas que se necesitan para las prácticas de los profesionales aprobados.	Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico.
2.8 Se darán	Hacer un listado	Verificar que	Falta de

<p>insumos necesarios para la atención del paciente alcohólico dentro de las instalaciones</p>	<p>de los insumos que se necesitará para la atención al paciente alcohólico. .</p>	<p>tipos de insumos y el estado que se encuentran para dar uso y que sean funcionales.</p>	<p>voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico</p>
<p>2.9 Se proporcionará Transporte al personal y pacientes que acudan al centro de rehabilitación</p>	<p>Contratar a buses, micro – buses que sean los más apropiados y que se tenga la capacidad de la movilización del personal y pacientes.</p>	<p>Revisar cada unidad móvil que tenga las condiciones óptimas para movilizar al personal y a los pacientes.</p>	<p>Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico</p>
<p>2.10 Se estimará tiempo estipulado de prueba a los profesionales supervisados por expertos en el tema.</p>	<p>Gestionar un tiempo de un mes de prueba a los profesionales y expertos.</p>	<p>Calificar a través de Test, evaluaciones escritas y de forma verbal cada 6 meses.</p>	<p>Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico</p>

<p>2..11 se evaluará exámenes teórico prácticos de evaluación de conocimientos por parte de le entidad rectora de la educación de los participantes</p>	<p>Gestionar un tiempo de un mes de prueba a los profesionales y expertos.</p>	<p>Calificar a través de Test, evaluaciones escritas y de forma verbal cada 6 meses.</p>	<p>Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico.</p>
<p>2.12 Se hará reuniones con fechas asignadas para la discusión de casos tratados por el equipo multidisciplinario</p>	<p>La revisión de casos tratados por el equipo multidisciplinario debe tener una asociación y similitud para ser incluidos en la discusión.</p>	<p>Incluir casos de discusión que sean requeridos posterior a las reuniones para su debida revisión.</p>	<p>Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico.</p>
<p>2.13 Se Visitará a diferentes centros de rehabilitación en el tratamiento.</p>	<p>Seleccionar a los centros de rehabilitación que sean los mas</p>	<p>Listado de nuevos centros, mobiliario y especialistas</p>	<p>Falta de voluntad del profesional, institucional y</p>

	completos con base a su tratamiento.	dedicados a la atención del paciente alcohólico.	política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico.
2.14 Se participará a congresos anuales sobre el tratamiento al paciente alcohólico	Fondos para la educación continua en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento	Listado de nuevos centros, mobiliario y especialistas dedicados a la atención del paciente alcohólico.	Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico.
2.15 Se realizará un examen práctico teórico adaptado al contexto nacional e internacional	Evaluación por medio una terna que califique el desempeño del profesional en cualquier contexto.	La calificación de aprobación es de 70 puntos. (menor de 70 puntos significa no aprobado).	Falta de voluntad del profesional, institucional y política para dar y recibir entrenamiento sobre la atención al paciente alcohólico.

<p><b>3 Aplicación del protocolo en instituciones</b></p>	<p>Asignar a personas e instituciones que velen por el cumplimiento del protocolo de atención al paciente alcohólico.</p>	<p>Se solicitará informes y reportes que validen el uso y el cumplimiento del protocolo de atención al paciente alcohólico.</p>	<p>Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.</p>
<p>3.1 Se presentará a la autoridad máxima de los centros de atención el resultado de la creación del protocolo.</p>	<p>Se incluirá a profesionales, directores, coordinadores de instituciones que representan centros de atención al paciente alcohólico.</p>	<p>A las autoridades y profesionales se les preguntará por medio de un test la validez de los resultados.</p>	<p>Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo</p>
<p>3.2 Se validará el protocolo por parte de los comités terapéuticos y éticos del centro de atención</p>	<p>El comité terapéutico y ético tendrá que revisar el contenido del protocolo al paciente alcohólico.</p>	<p>Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones</p>	<p>Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.</p>

		y de los resultados.	
3.3 Plan piloto de aplicación del protocolo en un tiempo determinado	En tiempo establecido se desarrollará el plan piloto 1 mes.	Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.	Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.
3.4 Se entregará los resultados del plan piloto a las autoridades de los diferentes centros de rehabilitación	Los resultados que se tendrán en el plan piloto se revisaran en una semana.	Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.	Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.
3.5 Se socializará la implementación del protocolo con los	Cada profesional recibirá una copia del protocolo de	Personal asignado para la evaluación del	Falta de voluntad política, profesional e



diferentes profesionales y servicios del hospital	atención al paciente alcohólico.	cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.	institucional para la aplicación del protocolo.
3.6 Se ofrecerá inducción al equipo participante en los diferentes centros de atención	La inducción consiste en usar el protocolo con base a los lineamientos establecidos.	Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.	Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo
-----	-----	-----	-----
3.7 Se evaluará al personal que ha adquirido el protocolo para valorar sus conocimientos en el uso del mismo	El protocolo debe ser estudiado por todas aquellas personas que pertenecen al personal de atención.	Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.	Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.

<p>3.8 Se hará una gestión para el uso de una guía de referencia para la atención del paciente alcohólico a utilizar por el prestador de salud no especializado en la atención al paciente alcohólico.</p>	<p>La guía que se usará llevará información básica, fácil de usar por el personal y especialistas.</p>	<p>Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.</p>	<p>Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.</p>
<p>-</p> <p>3.9 Se presentará por módulos y niveles de atención el protocolo para su mejor manejo terapéutico.</p>	<p>El protocolo dividido por módulos y niveles permitirá una mejor comprensión en el abordaje terapéutico.</p>	<p>Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.</p>	<p>Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.</p>
<p>3.10 Se realizarán foros interinstitucionales en donde se comparta la</p>	<p>Se seleccionará instituciones que tengan el protocolo y que lo estén usando para que los resultados sean</p>	<p>Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo,</p>	<p>Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del</p>

información sobre el resultado del tratamiento al paciente alcohólico con los protocolos.	válidos.	evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.	protocolo.
3.11 Se supervisará por profesionales nacionales e internacionales a los diferentes centros de rehabilitación donde se aplica el protocolo	Los profesionales que harán esta labor deberán tener conocimiento del protocolo y experiencia comprobada.	Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.	Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.
3.12 Se creará una base de datos específica que incluya dentro del reporte epidemiológico de las instituciones que aplica el protocolo para conocer la incidencia	Se llevará el control de la base de datos donde se registrará los reportes epidemiológicos.	Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.	Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.

<p>3.13 Se iniciará el programa nacional de, diagnóstico, tratamiento seguimiento al paciente alcohólico en base al protocolo</p>	<p>Respuesta en la prevalencia e incidencia del porcentaje de enfermos alcohólicos</p>	<p>Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.</p>	<p>Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.</p>
<p>3.14 Se usará interconsultas con asociaciones de especialistas tratantes del paciente alcohólico</p>	<p>Se deberá incluir a los especialistas que tengan un expertiz en los problemas metabólicos, infecciosos y de diagnóstico.</p>	<p>Personal asignado para la evaluación del cumplimiento del protocolo, evaluación del profesional, de las instituciones y de los resultados.</p>	<p>Falta de voluntad política, profesional e institucional para la aplicación del protocolo.</p>
<p>3.15 se formará una aplicación virtual para el usuario alcohólico que tenga respuesta inmediata del profesional con orientación a la asistencia y tratamiento y</p>	<p>Se iniciará con un sistema básico de uso para que el usuario no tenga problemas en utilizar la aplicación.</p>	<p>Se delegará a un grupo de especialistas en la tecnología para que monitoreen toda consulta.</p>	<p>Falta de internet, o no tener un móvil inteligente.</p>

seguimiento del enfermo alcohólico.			

### 6.8 Presupuesto

PRODUCTOS	COSTO ANUAL EN QUETZALES
<b>1. Diseñar un protocolo de estabilización</b>	
1.1 Diseñar la creación del protocolo por fases de atención al paciente alcohólico	Q. 20,000
1.2 Presentar ante las autoridades correspondientes el proyecto de creación del protocolo paciente alcohólica	Q. 3,000
1.3 concertar reunión con equipo multidisciplinario para presentación de proyecto de creación del protocolo de atención al paciente alcohólico.	Q. 8,000
1.4 actividad de consenso de la atención al paciente alcohólico	Q. 2,000
1.5 búsqueda y documentación de bibliografías científicas recientes (guías de práctica clínica, ensayos, metaanálisis, revisiones sistemáticas) respecto al tratamiento del paciente alcohólico	Q. 3,000
1.6 Documentación de casos atendidos por los profesionales de la salud que refuercen los estudios recopilados de la literatura	Q. 1,500

1.7 Grabación de material científico recopilado	Q. 3,000
1.8 solicitud de apoyo científico a las autoridades locales de salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social)	Q. 3,000
1.9 solicitud de apoyo científico a las autoridades internacionales rectoras de la Salud (Organización Mundial de la Salud OMS, Organización Panamericana de la Salud)	Q. 2,000
1.10 Solicitud de apoyo a expertos internacionales (OPS, OMS)	Q. 5,000
1.11 Actividades de reconocimiento de la importancia de las fases de atención al paciente alcohólico	Q. 5,000
1.12 Edición del protocolo de atención al paciente alcohólico	Q. 10,000
1.13 Impresión del protocolo de atención al paciente alcohólico	Q. 10,000
1.14 Distribución de material creado	Q. 3,000
1.15 Promoción del protocolo a nivel nacional por medios de difusión electrónicos y físicos.	Q. 5,000
<b>2. Capacitar a un grupo de profesionales (médicos y enfermeros)</b>	
2.1 Existencia de programas nacionales e internacionales en formación con especialistas en la atención al paciente alcohólico	Q. 2,000
2.2 Creación de pensum de estudios por la Universidad	Q. 5,000

rectora de la educación en el país (USAC)	
2.3 Validación nacional e internacional del pensum de atención al paciente con problemas de adicción al alcohol.	Q. 3,000
2.4 Convocatoria a los aspirantes profesionales por medio de vías de difusión electrónicas y físicas	Q. 3,000
2.5 Selección y reclutamiento del personal por medio de estándares	Q. 2,000
2.6 Realización de exámenes psicológicos y de competencias al personal aspirante.	Q. 3,000
2.7 Alquiler de espacios físicos para las practicas exclusivas del profesional	Q. 3,000
2.8 Insumos necesarios para la atención del paciente alcohólico dentro de las instalaciones	Q. 5,000
2.9 Transporte del personal y pacientes que acuden al centro de rehabilitación	Q. 1,000
2.10 Tiempo estipulado de prueba a los profesionales supervisados por expertos en el tema	Q. 1,500
2.11 Exámenes teórico prácticos de evaluación de conocimientos por parte de le entidad rectora de la educación de los participantes	Q. 3,000
2.12 Reuniones con fechas asignadas para la discusión de casos tratados por el equipo multidisciplinario	Q. 1,500
2.13 Visita a diferentes centros de rehabilitación	Q. 1,500
2.14 Asistencia a congresos anuales sobre el tratamiento al paciente alcohólico	Q. 3,000

2.15 Examen práctico teórico adaptado al contexto nacional e internacional.	Q. 3,000
<b>3. Aplicación del protocolo en instituciones</b>	Q. 3,000
<b>3.1</b> Se presenta a la autoridad máxima de los centros de atención el resultado de la creación del protocolo.	Q. 5,000
<b>3.2</b> Validación del protocolo por parte de los comités terapéuticos y éticos del centro de atención	Q. 5,000
<b>3.3</b> Plan piloto de aplicación del protocolo en un tiempo determinado	Q. 3,000
<b>3.4</b> Entrega de resultados del plan piloto a las autoridades de los diferentes centros de rehabilitación	Q. 5,000
<b>3.5</b> Socialización de la implementación del protocolo con los diferentes profesionales y servicios del hospital	Q. 5,000
<b>3.6</b> Inducción el equipo participante en los diferentes centros de atención	Q. 3,000
<b>3.7</b> Pruebas de evaluación sobre adquisición de conocimientos al personal	Q. 5,000
<b>3.8</b> Implementación de una guía de referencia rápida para la atención del paciente alcohólico a utilizar por el prestador de salud no especializado en la atención al paciente alcohólico	Q. 5,000
<b>3.9</b> Implementación de una guía de referencia rápida para los primeros niveles de atención respecto al paciente alcohólico	Q. 10,000
<b>3.10</b> Creación de foros interinstitucionales en donde se comparta la información sobre el resultado del	



tratamiento al paciente alcohólico con los protocolos.	
<b>3.11</b> Visitas supervisadas por profesionales nacionales e internacionales a los diferentes centros de rehabilitación donde se aplica el protocolo	Q. 3,000
<b>3.12</b> Creación de una base de datos específica que incluya dentro del reporte epidemiológico de las instituciones que aplica el protocolo para conocer la incidencia	Q. 4,000
<b>3.13</b> Creación del programa nacional de, diagnóstico, tratamiento seguimiento al paciente alcohólico en base al protocolo	Q. 25,000
<b>3.14</b> Creación de la asociación de especialistas tratantes del paciente alcohólico	Q. 8,000
<b>3.15</b> Creación de una aplicación virtual para el usuario alcohólico que tenga respuesta inmediata del profesional con orientación a la asistencia y tratamiento y seguimiento del enfermo alcohólico.	Q. 15,000
<b>Total:</b>	<b>Q. 228,00.00</b>

**6.9 Cronograma o calendario de actividades incluidas en la matriz**

Actividades	Meses													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1. Elaboración del Marco Lógico														Año 1 2,019
2. <b>Diseñar un protocolo de estabilización</b>														Año 2 2,020
3. Evaluación de Resultados														
4. <b>Capacitar a un grupo de profesionales (médicos y enfermeros)</b>														
5. Evaluación de Resultados														
6. <b>Aplicación del protocolo en instituciones</b>														
7. Evaluación de Resultados														
	<b>FIN DE MAESTRIA</b>													

### 6.10 Evaluación del Proyecto

<b>EVALUACIÓN</b>	<b>1er Cuatrimestre</b>	<b>TIEMPO</b>
Evaluación inicial	Indicar los avances de la Promoción del proyecto y Gestión con los profesionales a participar. Exponer la proyección del proyecto.	Año 2,020
<b>EVALUACIÓN</b>	<b>2do Cuatrimestre</b>	<b>TIEMPO</b>
Evaluación en Proceso	Valorar las Capacitaciones programadas. Inducciones y talleres del proyecto. Revisión de resultados	Año 2,020
<b>EVALUACIÓN</b>	<b>3er Cuatrimestre</b>	<b>TIEMPO</b>
Evaluación final	Evaluar del proyecto. Monitoreo final.	Año 2,020

## Capítulo 7

### 7.1 Referencias

Ahumada-Cortez, J., & Gámez-Medina, M., & Valdez-Montero, C. (2017). EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. *Ra Ximhai*, 13 (2), 13-24. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>

Babor, T. (2010). Public health science and the global strategy on alcohol. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1), 643. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.081729>

Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F., & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries. *PLoS Medicine*, 4(4), 752–759. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040151>

Carbia, C., & Corral, M., & García-Moreno, L., & Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2016). Early alcohol use and psychopathological symptoms in university students. *Psicothema*, 28 (3), 247-252.

Cristovao, J., & Rodríguez-Méndez, L. (2015). Alternativas psicoterapéuticas efectivas en el tratamiento del paciente alcohólico. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(2), 1–12. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v17n2/GME12215.pdf>

Davila, E., Davila, E., Jurczuk, I., & Melgar, E. (2008). Protocolo de tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(3), 20–29. Disponible en [https://www.alcmeon.com.ar/14/55/05\\_davila.pdf](https://www.alcmeon.com.ar/14/55/05_davila.pdf)

De Oliveira, D. (2018). Accidentes de circulación y su asociación con el consumo de bebidas alcohólicas. *Enfermería Global*, 52, 365–376.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.17.4.301021>

Florenzano, R., Echeverría, Á., & Sieverson, C. (2016). Daño a niños y sus familias por el consumo de alcohol: resultados de una encuesta poblacional. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(3), 162–168. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.020>

Gaviria C., M., & Correa Arango, G., & Navas N., M. (2016). Alcohol, cirrosis y predisposición genética. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 31 (1), 27-35. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337745613005>

Gobierno del Principado de Asturias. (2013). Guía de Recomendaciones Clínicas Alcoholismo. Oviedo. Disponible en [https://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda en consulta/pcais/alcoholismo.pdf](https://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/pcais/alcoholismo.pdf)

Gobierno del Principado de Asturias. (2013). Guía de Recomendaciones Clínicas Alcoholismo. Oviedo. Disponible en [https://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda en consulta/pcais/alcoholismo.pdf](https://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/pcais/alcoholismo.pdf)

Iglesias, S. (2016). Caracterización del consumo en pacientes alcohólicos ingresados para tratamiento de deshabituación. *Revista Del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(3), 12. Disponible en [http://www.revistahph.sld.cu/2016/Nro 3/caracterizacion del consumo.html](http://www.revistahph.sld.cu/2016/Nro3/caracterizacion%20del%20consumo.html)

Lichtenberger, Aldana; López, Mariana; Cremonte, M. (2015). Intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes, una reflexión crítica. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(3), 428–437. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.3.122>

Martínez-González, J., Graña, J., & Trujillo, H. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21(2),

105–112. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122894002.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2006). Protocolos de Atención a los Problemas más Frecuentes De Salud Mental. Programa Nacional de Salud Mental. Guatemala. Disponible en [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=581-protocolos-de-atencion-a-los-problemas-mas-frecuentes-de-sm-1&category\\_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=581-protocolos-de-atencion-a-los-problemas-mas-frecuentes-de-sm-1&category_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2006). Protocolos de Atención a los Problemas más Frecuentes De Salud Mental. Programa Nacional de Salud Mental. Guatemala. Disponible en [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=581-protocolos-de-atencion-a-los-problemas-mas-frecuentes-de-sm-1&category\\_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=581-protocolos-de-atencion-a-los-problemas-mas-frecuentes-de-sm-1&category_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518)

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina, Presidencia de la Nación. Pautas y Herramientas para la Atención Integral (PhAI) Frente al consumo excesivo de sustancias, en particular el alcohol. República Argentina. Disponible en [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001377cnt-2018-11\\_pautas-herramientas-atencion\\_consumo-de-alcohol.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001377cnt-2018-11_pautas-herramientas-atencion_consumo-de-alcohol.pdf)

Miquel, L., Barrio, P., & Moreno, J. (2016). Atención Primaria Detección y prevalencia del trastorno por uso de alcohol en los centros de atención primaria de Cataluña. *Atención Primaria*, 48(3). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.006>

Montanet, A., Bravo, C., & Díaz, M. (2015). Seguimiento ambulatorio a pacientes alcohólicos. *Rev. Ciencias Médicas*, 19(2), 244–252. Disponible en [http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2137/html\\_7](http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2137/html_7)

Monteiro, M. G. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un Caso para la acción. Washington, D. C. Disponible en [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_public\\_health\\_american\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_american_spanish.pdf)

Monteiro, M. G. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un Caso para la acción. Washington, D. C. Disponible en [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_public\\_health\\_american\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_american_spanish.pdf)

Muracén, I., Martínez, A., & Medina, A. (2001). PESQUISAJE DE ALCOHOLISMO EN UN ÁREA DE SALUD. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(1), 62–67. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n1/mgi09101.pdf>

Muracén, I., Martínez, A., & Medina, A. (2001). PESQUISAJE DE ALCOHOLISMO EN UN ÁREA DE SALUD. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(1), 62–67. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n1/mgi09101.pdf>

Núñez, P., Piñeiro, Á., & Chillón, R. (2016). Tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol y otras drogas en urgencias. *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 23(2), 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.06.009>

Núñez, P., Piñeiro, Á., & Chillón, R. (2016). Tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol y otras drogas en urgencias. *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 23(2), 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.06.009>

Ochoa, E., & Vicente, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 55(214), 26–40. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original1.pdf>

- Ochoa, E., & Vicente, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 55(214), 26–40. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original1.pdf>
- OMS. (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Washington, D. C. Disponible en [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf)
- OMS. (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Washington, D. C. Disponible en [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf)
- OMS. (2015). Situación Regional del consumo de alcohol y salud en las Américas: Resumen del Informe. Washigton, D. C. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Alcohol-report2015-factsheet-SPA.pdf>
- OMS. (2015). Situación Regional del consumo de alcohol y salud en las Américas: Resumen del Informe. Washigton, D. C. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Alcohol-report2015-factsheet-SPA.pdf>
- OMS.(2018).Alcohol. Datos y Cifras.Washington, D.C. Disponible en : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- OMS.(2018).Alcohol. Datos y Cifras.Washington, D.C. Disponible en : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- OPS. (2007). Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS. Washington, D. C. Disponible en <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Multicentrico-Espanol.pdf>



OPS. (2007). Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS. Washington, D. C. Disponible en <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Multicentrico-Espanol.pdf>

OPS. (2014). Alcohol y Traumatismos en Guatemala. Washington, D. C.

OPS/OMS. (2000). Guía Internacional para Vigilar el consumo del Alcohol y sus consecuencias sanitarias. Washington, D. C. Disponible en [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/monitoring\\_alcohol\\_consumption\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/monitoring_alcohol_consumption_spanish.pdf)

OPS/OMS. (2011). Plan de Acción para reducir el consumo nocivo de alcohol. Washington, D. C. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-8-s.pdf>

Pérez-Milena, A., Redondo-olmedilla, M. D. D., Martínez-fernández, M. L., Jiménez-pulido, I., Mesa-gallardo, I., & Leal-helmling, J. (2017). Atención Primaria Cambios en el consumo alcohólico de riesgo en población adolescente en la última década ( 2004-2013 ): una aproximación cuanti-cualitativa. Atención Primaria, 49(9), 525–533. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.014>

Programa Provincial de Abordaje Integral de las adicciones(2016). Guia de Practica Clinica de Abordaje Integral de las Adicciones .Tucuman. Disponible en:[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/GPC\\_BuenosAires.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/GPC_BuenosAires.pdf)

Rehm, J., Rehm, M., & Shield, K. D. (2013). Consumo de alcohol, dependencia alcohólica, trastornos relacionados con el alcohol en españa. Impacto de los tratamientos de la dependencia alcohólica. Adicciones, 25(1), 11–29. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/67/66>

Rivas, V., Hernández, R., Manuel, C., & Guzmán, A. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia de La Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 71(67), 8. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/674/67446178010.pdf>

Serecigni, J. G., & Pastor, F. P. (2008). Alcoholismo. Guías Clínicas basadas en la Evidencia Científica. (Socidrogalcohol, Ed.) (Segunda Ed). Barcelona, España. Disponible en <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol.html?download=14:guía-clínica-alcohol,-segunda-edición-2008%0A%0A>

Serecigni, J. G., & Pastor, F. P. (2008). Alcoholismo. Guías Clínicas basadas en la Evidencia Científica. (Socidrogalcohol, Ed.) (Segunda Ed). Barcelona, España. Disponible en <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol.html?download=14:guía-clínica-alcohol,-segunda-edición-2008%0A%0A>

Sit Pacheco, R., Rodríguez, L., & Puentes, D. (2016). Consumo no social de alcohol : su identificación en la comunidad para prevención y tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2016;, 15(6), 1017–1028. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180449695016.pdf>

Valdés-Stauber, J. (2003). Estrategias en el tratamiento de desintoxicación alcohólica. *Adicciones*, 15(4), 351–368. Disponible en <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/424/422>

Valdés-Stauber, J. (2003). Estrategias en el tratamiento de desintoxicación alcohólica. *Adicciones*, 15(4), 351–368. Disponible en <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/424/422>

Zambrano, F., Pérez, M., Alonso, M., & Álvarez, A. (2016). Relación entre alcoholismo, el funcionamiento familiar y otras afecciones psicológicas. *Revista de Ciencias Médicas*. La Habana, 23(2), 112–123. Disponible en <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1009/1418>

**8. Anexos.**

**Anexo 1: Cuestionario de Preguntas**

**Cantidad de Preguntas:** 16 Preguntas en Cuestionario dirigido de forma cerrada



**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
**Centro Universitario Metropolitano – CUM**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**



**Cuestionario Dirigido**

**DATOS GENERALES:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Centro de Rehabilitación: \_\_\_\_\_

Sexo:     **F**    **M**  \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE LLENADO:** El presente instrumento de recolección de datos tiene como finalidad conocer las características de los protocolos de atención aplicados al paciente alcohólico por parte de los profesionales de la salud en los diferentes centros de rehabilitación. Las respuestas obtenidas serán de absoluta confidencialidad y aportarán de gran manera al manejo del paciente alcohólico.

Marque con una x la respuesta que más se adecue a lo que usted realiza en su práctica en salud con el paciente alcohólico dentro de su centro de rehabilitación.

***Sección I: Primera Etapa de Atención: Desintoxicación***

a. Como profesional de la Salud, dentro de su centro de rehabilitación ¿usted realiza historia Clínica?

Si  No  A Veces

b. Si la respuesta a la pregunta anterior fue si o a veces, ¿Qué Información Consigna en la historia clínica?

Datos Generales

Antecedentes

Perfil Social

Examen Físico

Todos los anteriores

Ninguno de los Anteriores

c. ¿Utiliza soluciones Intravenosas con el paciente?

SI  NO  A Veces

d. Si la respuesta anterior fue si o a veces, ¿Cuáles de las siguientes utiliza con mayor frecuencia?

S. Hartman

S. Salina

S. Mixta

S. Dextrosa

Todas las anteriores Todos los anteriores

Ninguna de las Anteriores

e. ¿Utiliza algún tipo de farmacoterapia con el paciente alcohólico que acude a su centro de Rehabilitación?

SI  NO  A Veces

f. Si la respuesta anterior fue si o a veces ¿Cuál de los siguientes fármacos utiliza con el paciente alcohólico?

Ansiofíticos

Antipsicóticos

Antiespasmódicos

Antieméticos

Antidiarreicos

Protectores gástricos

Protectores Hepáticos

Vitaminas del Complejo B

Todos los anteriores

Ninguno de los Anteriores

**Sección II: Segunda Etapa de Atención: Estabilización**

a. Como profesional de la Salud, dentro de su centro de rehabilitación ¿usted realiza Estudios Diagnósticos?

Si  No  A Veces

b. Si la respuesta a la pregunta anterior fue si o a veces, ¿Qué Estudios Diagnósticos realiza?

USG abdominal Completo

Placa de Rayos X de Abdomen (Simple)

TAC Abdominal

Gastroscopia

Electrocardiograma

Ninguna de las anteriores

Todas las anteriores

Ninguna de las Anteriores

c. ¿Realiza algún tipo de laboratorio al paciente alcohólico?

Si  No  A Veces

d. Si la respuesta a la pregunta anterior fue si o a veces, ¿Qué laboratorios realiza al paciente alcohólico que asiste a su centro de recuperación ¿

Hematología completa.

Pruebas Hepáticas.

TGO – TGP

Pruebas renales

Creatinina – BUN.

Pruebas Pancreáticas.

Amilasa – Lipasa.

Sodio

Potasio

Cloruro

Amoniaco

Heces

Orina

Todas las anteriores son correctas

Ninguna de las anteriores son correctas

e. ¿Realiza algún tipo de Tratamiento al paciente alcohólico en base al Diagnostico?

Si  No  A Veces

f. ¿Qué tipos de Diagnósticos maneja con el paciente alcohólico que asiste a su centro de rehabilitación?

Cirrosis hepática.

Pancreatitis.

Hemorragia Gastrointestinal.

Encefalopatía Amoniacal.

Delirium Tremens.

Constipación Intestinal.

Hiponatremia.

Hipopotasemia

Infarto Agudo al miocardio.

Todos los anteriores son correctos

Ninguno de los anteriores es correcto



g. ¿Realiza algún tipo de abordaje psicológico al paciente alcohólico?

Si  No  A Veces

h. Si la respuesta a la pregunta anterior fue si o a veces, ¿Qué tipos de abordaje Psicológico aplica al paciente alcohólico que asiste a su centro de recuperación?

Individual.

Colectivo.

Ocupacional.

Familiar.

Recreativo.

Ambulatorio

Todos los Anteriores

Ninguno de los anteriores

i. ¿Realiza algún tipo de abordaje Terapéutico en base a los diagnósticos al paciente alcohólico?

Si  No  A Veces

j. Si la respuesta a la pregunta anterior fue si o a veces, ¿Qué tipos abordaje Terapéutico en base a los diagnósticos aplica al paciente alcohólico que asiste a su centro de rehabilitación?

Evolución de Patología.

Monitoreo de medicamentos  .

Control de Estudios y laboratorios  .